Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 4 kwietnia 1885. № 14. Rok XXIV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Billrotha w Wiedniu.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

Nowa metoda operacyjna pomysłu Billrotha: Wycięcie raka odźwiernika po poprzedniém wykonaniu gastroenterostomii Wölflera. Wyleczenie.

Opisał Dr. Roman Barącz,
b. lekarz szpitala powszechnego we Lwowie.

Prof. Billroth dawno już nosił się z myślą skorzystania ze sposobności wykonania gastroenterostomii w obec raka odźwiernika (metody paliatywnéj tylko) i zastosowania równocześnie zabiegu radykalnego, t. j. wycięcia części żołądka odźwiernikowéj, odźwiernika i dwunastnicy rakowato nacieklych. I rękoczyn ten rzeczywiście po raz pierwszy wykonał w swojéj klinice d. 15 stycznia b. r. z dobrym wynikiem.

Leopold Rötzer, l. 48 liczący, posługacz, zamieszkały w Wiedniu, według podania był dotychczas zupełnie zdrowym z wyjątkiem przebycia w r. 1862 wrzodu twardego i dymienic w pachwinie, które leczono wcieraniami i kąpielami siarczanemi. Rodzice, rodzeństwo i krewni chorego na raka nie cierpieli. Choroba obecna powstać miała przed 9ciu miesiącami, od któregoto czasu chory chudł, zaczął doznawać zgagi po jedzeniu a czasem wśród dnia. Od 5 miesięcy objawy te wzmogły się, a nadto dołączyły się nudności i apetyt chorego zmniejszał się. Od 2ch miesięcy zaczęły występować wymioty w 2—4 godziny po spożyciu pokarmów, osobliwie stałych. Pokarmy płynne w mniejszéj ilości aż do ¼ litra chory zatrzymuje; w ostatnich trzech tygodniach wymioty częściéj pojawiały się, mianowicie występowały one 2—3 razy dziennie a chory wymiotował przytém znaczną ilość śluzu razem z pokarmami spożytemi. Od 3ch dni cierpi na częstsze kurcze żołądkowe, częste odbijanie kwasem i bezsenność. Żółtaczki wybitniejszéj w przebiegu obecnéj choroby nie zauważano. Obrzęk, który przed 5ciu tygodniami dopiero spostrzegł, miał być wielkości jaja kurzego, od tego czasu podobno nieco zwiększył się i zmieniał często położenie swoje; i tak gdy żołądek był próżnym obrzęk nie był prawie wyczuwalnym, natomiast silniéj występował przy pełnym żołądku. Chory od czterech tygodni miał znacznie zeszczupleć, jakkolwiek nigdy nie był otyłym.

Badanie: Mężczyzna wzrostu średniego, o dobréj budowie ciała, wychudły, o barwie skóry ziemistéj i bladém zabarwieniu błon śluzowych. Klatka piersiowa dobrze sklepiona, szeroka. Stłumienie sercowe poczyna się poniżéj 4go żebra, sięga po stronie lewéj do linii przymostkowéj, po prawéj do linii mostkowéj. Tony serca czyste, liczba uderzeń na minutę 72. Odgłos wypukowy płuc prawidłowy z wyjątkiem szczytu strony prawéj z przodu, gdzie osobliwie w linii przymostkowéj odgłos jest nieco przytłumionym. Szmery oddechowe pęcherzykowe. Oddech przeważnie brzuszny. Nieprawidłowości w zarysach powłok brzucha nie ma. Odgłos wypukowy bębenkowy od żołądka pochodzący sięga w górze aż do 5go żebra; w okolicy dołka żołądkowego jest wyraźnie słyszalnym tylko przy silniejszéj perkusyi. Poniżéj dołka żołądkowego na całéj przestrzeni śródbrzusza strony lewéj odgłos czczy, w podbrzuszu lewém bębenkowy, jednak przytłumiony; w podbrzuszu prawém jawny bębenkowy sięga aż do okolicy pachwinowéj prawéj. Powłoki brzuszne wiotkie. Pod mięśniem brzusznym prostym prawym w części tegoż górnéj pomiędzy wyrostkiem mieczykowym a pępkiem położonéj wymacać można obrzęk o powierzchni nierównéj, kulisty, wielkości jaja kurzego, twardy. Skóra nad obrzękiem tym przesuwalna, łatwo w fałd ująć się daje. Guz ten tylko przy głębszém obmacaniu jest nieco bolesnym, nie przekracza granicy brzegu zewnętrznego mięśnia brzusznego prostego prawego, przekracza jednak ku stronie lewéj nieco granicę linii białéj, a przy ruchach oddechowych raz się wznosi raz opada.

D. 14 stycznia b. r. w przededniu mającéj się wykonać operacyi zastosowano dwie lawatywy z oleju rącznikowego, poczém około godziny 2éj w południe nastąpiły dwa wypróżnienia stolcowe; nadto zalecono co 2 godziny lawatywy z ½ litra wina. Wieczór podano choremu jako pokarm mleko. Powłoki brzuszne obmyto dokładnie szczotką i mydłem, ogolono i pokryto chustkami w 2½% rozczynie kwasu karbolowego zanurzonemi. Nadto w nocy stosowano co 3 godziny lawatywy z wina. Chory noc spędził bezsennie. D. 1.go stycznia o godz. 6éj rano przepłukano żołądek za pomocą zgłębnika wodą ciepłą, którąto czynność dopóty uskuteczniano, dopóki czysta woda odpływać nie poczęła, przyczém spotrzebowano około 10 litrów wody. Potém wprowadzono do żołądka litr 1% rozczynu kwasu salicylowego. Czynności te trwające do godziny 8éj rano mocno znużyły chorego, podano mu więc jeszcze jednę lawatywę z wina.

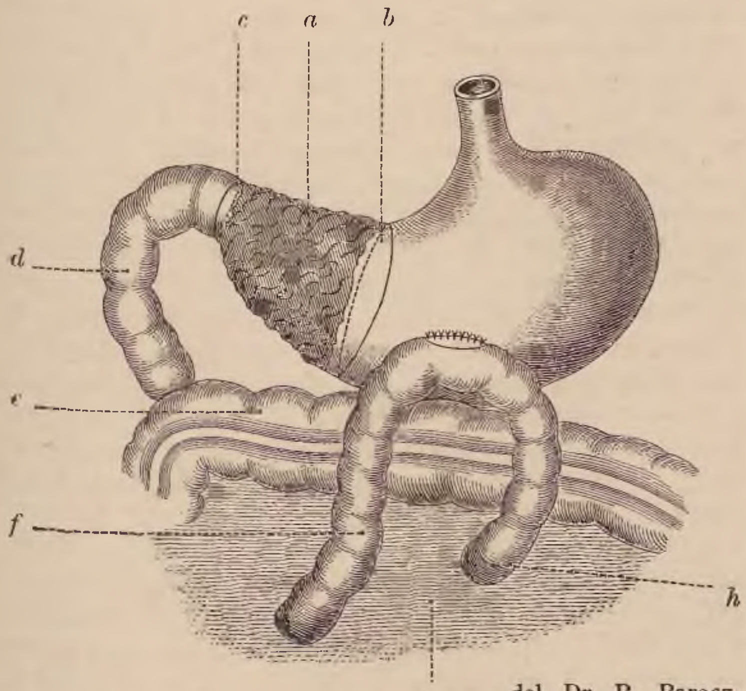
O godz. 10¼ zachloroformowano chorego znaną mięszaniną Billrotha, poprowadzono cięcie w linii białéj od wyrostka mieczykowego ku dołowi na 3 palce powyżéj pępka. Po dokładném podwiązaniu małéj ilości nieznacznych naczyń krwionośnych wydobyto na zewnątrz przez ranę żołądek wraz z obrzękiem wielkości pięści dorosłego mężczyzny, nie tylko część odźwiernikową ale i znaczną część przedniéj i tylnéj ściany żołądka, jak również dwunastnicy obejmującym. Wycięcie części odźwiernikowéj saméj okazało się niemożebném: guz jednak był więcéj odgraniczonym i nie tak z sąsiedniemi częściami (z głową trzustki i krezką jelita grubego poprzecznego) zrośniętym, jak się spodziewano. Przystąpiono najprzód do wykonania gastroenterostomii. W tym celu wydobyto przez górną część rany jelito poprzeczne wraz z siecią wielką, wyciągnięto w ten sposób jelito czcze i odszukano fałd dwunastnico-jelitowy. Uchwycono w fałd podłużny ścianę żołądka w okolicy zakrzywienia wielkiego i podano asystentowi; drugiemu asystentowi podano fałd odszukanéj części jelita cienkiego do uciśnięcia między palcami, przyczém jelito cienkie ułożono w fałd podłużny i zbliżono tym sposobem przeciwległe ściany tegoż do siebie; następnie przytulono fałd jelita do fałdu w żołądku, poprowadzono skalpelem w ścianach żołądka cięcie równoległe do zakrzywienia większego (poziome), rozszerzono to cięcie w obu kierunkach nożyczkami aż do długości około 5cm., poprowadzono podobnie długie cięcie na górnéj ścianie jelita cienkiego także równoległe do osi jelita, wypływający w skąpéj ilości sok żołądkowy usunięto za pomocą gąbek ku temu celowi umyślnie przygotowanych i założono szwy Wölflera (przeszywające tylko błonę surowiczą i mięsną), t. j. zespojono najpierw tylne brzegi otworów rany (szyjąc od wewnątrz), a dokonano zespojenia przednich brzegów szyjąc od zewnątrz. Następnie założono jeszcze szwy drugorzędne (*Zwischennähte)* sposobem Czernego. Tętno chorego po dokonaniu tego aktu operacyi było dosyć silném, mimo to podano mu jeszcze lawatywę z wina. Akt ten pierwszy operacyi trwał około pół godziny.

Przystąpiono następnie do 2go aktu, t. j. wycięcia części nowotworowych. W tym celu guz wydobyto przez ranę kleszczami Muzeauxgo i najpierw od dołu oddzielono tępo aż poza granicę nowotworu dwunastnicę, któréj część obwodową asystent uchwycił w palce i ugniótł; przecięto potém skalpelem dwunastnicę na poprzek od strony prawéj i góry na przestrzeni 1cm. i założono natychmiast na obwodowym jéj końcu gęste szwy Czernego pierwszo- i drugorzędne; przecinając napoprzek stopniowo dalsze części tegoż jelita w tymże samym kierunku i zakładając szwy Czernego dokonano zupełnego oddzielenia jelita zdrowego od rakowato naciekłego. Wypływ soku żołądkowego wstrzymano, wsunąwszy natychmiast małą gąbkę w górną część przeciętéj dwunastnicy w kierunku ku odźwiernikowi. Założono jeszcze dla większego bezpieczeństwa i dokładności w spojeniu szwy drugorzędne, rozumie się na dolnéj zstępującéj części dwunastnicy i wpuszczono ją w jamę brzuszną; starano się następnie o ile możności guz bezkrwawo wyłuszczyć; przedzielano powoli zrosty guza najpierw z siecią większą (*Ligamentum gastrocolicum*), potém połączenia z siecią mniejszą (*Ligamentum gastrohepaticum)* po części tępo, po części zakładając podwiązki częściowe pod części sieci bardziéj unaczynione, po części zaś oddzielono guz przepalając termokauterem Paquelina. Gdy już w ten sposób postępując doszedł prof. Billroth do żołądka, postąpił sobie z nim podobnie jak z dwunastnicą, t. j. przecinał pionowo i nieco od góry i strony lewéj ku dołowi i stronie prawéj obiedwie ściany żołądka począwszy od krzywizny mniejszéj, cząstkę po cząstce zaszywając (zrobiony skalpelem) otwór szwem Czernego.

Podczas dokonania całego tego rękoczynu założono około 200 podwiązek i szwów. Szwy wszystkie były węzełkowe. Następnie po dokonaniu toalety jamy brzusznéj założono osobne szwy węzełkowe na brzegi ranne otrzewny ściennéj i w ten sposób zamknięto jamę otrzewny; zespojono powięzie mięśni brzusznych i mięśnie drugą warstwą szwów węzełkowych, założono trzy szwy materacowe z gazy jodoformowéj a szwem kuśnierskim zespojono brzegi skóry. Tego szwu trójwarstwowego używa prof. Billroth w laparotomijach, ażeby przeszkodzić powstaniu przepuklin w mięśniach brzusznych. Założono opatrunek mięszany składający się z gazy jodoformowéj na ranie i gazy karbolowéj od zewnątrz. Cała operacyja razem z narkozą trwała 1½ godziny.

Nowotwór wycięty badany drobnowidowo przedstawił się jako rak rdzeniowy. Chory w pierwszych trzech dniach po operacyi nie gorączkował wcale, 4go dnia wieczorem podniosła się ciepłota do 38·1°C., 5go dnia wieczorem doszla do 38·3°C., poczém zniżyła się i była już ciągle prawidłową. Chory zachował w pierwszych dniach po operacyi ścisłą dyjetę; 1go dnia dostawał jako pokarm łyżkami wino i kawałki lodu do łykania, 2go dnia bulion i mleko, w następnych dniach pokarmy napół stałe, późniéj i stałe. Apetyt i wejrzenie poprawiły się widocznie już w pierwszych dniach po operacyi. Rana zgoiła się przez bezpośrednie zlepienie w ciągu dni 8iu. W dwa tygodnie po operacyi pozwolono choremu wstawać i przechadzać się. D. 12 lutego 1885 wieczorem uskarżał się na nieznaczny ból w okolicy żołądka, poczém wymiotował. Prawdopodobnie objawy te tłumaczyć należy tém, że chory spożył tego dnia więcéj pokarmów stałych niż przedtém, a mały stosunkowo do połowy prawie zmniejszony żołądek w skutek operacyi, (nie było bowiem wybitnych objawów rozstrzeni żołądka, jak to zwyczajnie bywa u chorych dotkniętych rakiem odźwiernika) nie przyzwyczaił się jeszcze do przyjmowania pokarmów w większéj ilości i jeszcze nie rozszerzył się dostatecznie. Może miejsce połączenia za pomocą szwów żołądka z jelitem cienkiem jest obecnie uciśnięte przez wydymającą się okrężnicę poprzeczną? Może lepiéj byłoby dla uniknięcia tego możliwego uciśnięcia zrobić przetokę z żołądka do jelita cienkiego poza okrężnicą poprzeczną? A może byłoby korzystną rzeczą zrobić równocześnie przetokę z jelita cien-

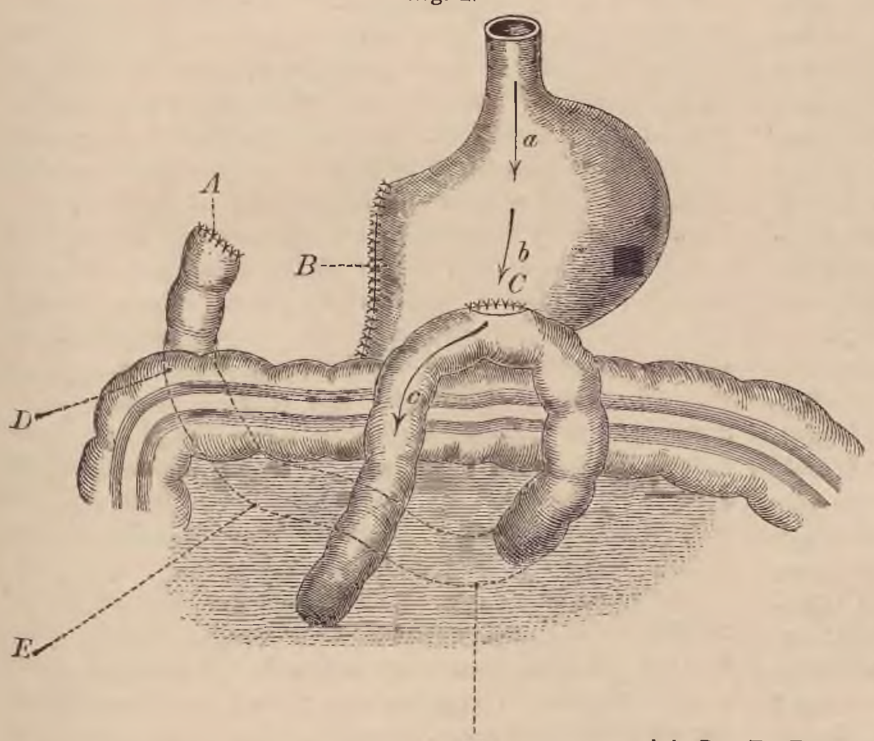
Fig. 1.



del. Dr. R. Bărącz.

Fig. 1 przedstawia stosunki jelit i żołądka przed operacyją. *a* Część wycięta nowotworowa zwyrodniałego odźwiernika, owal *c* cięcie w dwunastnicy; owal *b* cięcie w żołądku; *d Duodenum; e Colon transversum; f Jejunum; h Duodenum; g Mesocolon transversum*.

Fig. 2.



del. Dr. R. Bărącz.

Fig. 2 przedstawia stosunki po operacyi; strzałki *abc* kierunek, w którym przechodzą obecnie pokarmy; *A* resekowaną powierzchnię dwunastnicy; *B* resekowaną powierzchnię żołądka; *C* miejsce gastroenterostomii; część dwunastnicy *ADEFC* przedstawia po operacyi niejako przedłużenie *ductus choledochus* i *pancreaticus*.

kiego do grubego dla uniknięcia objawów bębnicy, które także od dni kilku pojawiły się u chorego? Oto pytania, które się nam nasuwają, ale odpowiedzieć na nie dotychczas trudno. Chory drugiego dnia po doznawaniu owego nieznacznego bólu w okolicy żołądka i następowych wymiotach czuł się tak swobodnym jak po operacyi. Z obawy rozejścia się jednak blizny przy ruchach chorego i podczas chodzenia założono szeroką, płaską, skórzaną pelotę na okolicę blizny, którą jednak po 3ch dniach usunięto. W ostatnich dniach stwierdzić można wypukiem często bębnicę na całéj przestrzeni ścian brzucha, którą odnieść należy bądź do zmienionych stosunków trzew skutkiem operacyi, bądź też do podawania choremu nieodpowiednich pokarmów. Chory nasz nie uległ tak śmiałemu i znacznemu rękoczynowi; przypuszczać jednak niestety należy, że ulegnie wreszcie powrotowi raka, albowiem w obec tak rozległych rozmiarów nowotworu nie jest rzeczą prawdopodobną, aby gruczoły brzuszne nie były nowotworowo naciekłe, których wyłuszczenie, a nawet samo badanie, wobec tak długiego narażenia jamy otrzewnowéj na wpływ powietrza atmosferycznego, rozumie się samo przez się było niemożliwém. (Dok. nast.)

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

III. Wycięcie śledziony z powodu białaczki.

Podał J. Biziel,
lek. prakt. i asystent.

Pierwsze wycięcie śledziony wykonał Zacarelli już w r. 1549 z powodu przerostu z dobrym wynikiem; odtąd wycięto ją w kilkudziesięciu przypadkach. Za wskazania do téj operacyi ogólnie przyjęte i uznane uważać należy: 1) obrażenia ścian brzusznych z wypadnięciem śledziony, jeżeli jéj już napowrót do jamy brzusznéj wcisnąć nie można, albo jeżeli już zgorzel nastąpiła; rezultaty operacyi w tych warunkach są dość dobre: na 26 [1]) przypadków przez Nussbauma podanych 16 wyzdrowień, a więc 36% śmiertelności; 2) choroby śledziony, a mianowicie: przerost prosty, śledziona wędrująca, torbiel i może ropień śledziony; tu wyniki już gorsze: na 18 operowanych (podanych przez Credégo na 11ym Zjeździe chir. w Berlinie i w dyskusyi dalszéj przytoczonych) 9 wyzdrowiało, więc 50% śmiertelności. Nie nadają się zaś do operacyi obrzęki śledziony złośliwe: skrobiowate, czerniaczkowe itp. i w obec nich, jak się zdaje, nie wykonano też jeszcze téj operacyi. Białaczka dotąd co do wskazania sporne zajmuje miejsce. Bryant, który pierwszy w r. 1866 wyciął śledzionę białaczkową, a w roku następnym drugą taką operacyję wykonał, w obu razach z zejściem śmiertelném, wysnuwa ztąd wniosek, że tego rękoczynu w białaczce zaniechać należy. Billroth, ogłaszając pierwszy swój odnośny przypadek, pozostawia w zawieszeniu pytanie: czy wycięcie śledziony u ludzi z białaczką jest rzeczą niebezpieczniejszą niż u ludzi bez białaczki i czyby białaczka, po szczęśliwém wycięciu śledziony, ustąpiła; są to pytania, które tylko doświadczenie rozstrzygnąć może; na razie więc białaczka nie może być przeciwwskazaniem téj operacyi (*Wiener med. Wochensch.*, 1877, Nr. 5). Z biegiem czasu liczba przypadków wzrastała, a doświadczenie z nich nabywane coraz bardziéj parło ku zdaniu Bryanta. Péan (*Diagnostic*

[1]) Jeden z nich pomyślny Dra Pietrzyckiego w Przegl. Lek. r. 1874 opisany.

et traitement des tumeurs de l'abdomen 1880), opierając się na 13 do owego czasu znanych operacyjach, z których żadna nie była pomyślną, wręcz oświadcza się przeciwko niéj: raz z powodu śmiertelnych krwotoków, a po drugie i ze względu na wątpliwą korzyść nawet szczęśliwéj operacyi, twierdzi bowiem, jak i Bryant, że obrzęk śledziony to tylko objaw następowy ogólnéj choroby, a usunięcie tego objawu nie usunie jéj przyczyny. Lecz wkrótce to słuszne, względem operacyi nieprzychylne usposobienie wahać się zaczęło, gdy Franzolini w r. 1882 (*Independante Gazz. med. di Torino*) ogłosił przypadek, w którym nietylko udała się sama operacyja, ale w którym i białaczka po operacyi ustąpiła. Zachęcony tym wynikiem, chociaż z małemi widokami pod względem skuteczności, wykonał i Dr. Rydygier tę operacyję. Potrzeba ogłaszania takich, chociaż nieszczęśliwych, przypadków w celu statystyki, aby przez to przyczynić się do rozstrzygnięcia téj kwestyi, zniewala nas do tego opisu.

M. M., 31 lat licząca, pochodzi z rodziny zdrowéj i sama nigdy znaczniéj nie była chorą, mianowicie nie cierpiała na zimnicę. W czternastym roku miała pierwszą miesiączkę, która odtąd powtarza się w odstępach czterotygodniowych regularnie i bez znaczniejszych dolegliwości. Od lat 12 zamężna porodziła ośmioro zdrowych dzieci. Niezadługo po ostatnim połogu, który odbyła w marcu 1882 r., uczuwać zaczęła w lewém podżebrzu pewną ciężkość i ucisk nieokreślony, a w czerwcu zauważyła guz wielkości pięści, który powiększał się zwolna ale stale. Guz ten był zawsze bezbolesny, sprawiał jéj jednakże, w miarę swego wzrostu, coraz przykrzejsze uczucie tłoczenia i naprężenia. Pacyjentka udała się w styczniu r. 1884 po poradę do naszéj kliniki. Znaczny przerost śledziony dobrze wymacalnéj i powiększenie liczby białych ciałek krwi nie sprawiało w rozpoznaniu białaczki trudności. Pacyjentka oświadczyła gotowość poddania się operacyi, jeżeliby była możliwą, lecz ze względu na wielkie niebezpieczeństwo operacyi nie chciano jéj wykonać. Po raz drugi zjawiła się chora 1go października. Stan jéj przedstawiał się w sposób następujący: pacyjentka wzrostu średniego, chuda, wybladła i osłabiona i błony śluzowe nie wiele uroniły ze swéj prawidłowéj barwy; nabrzmiałych gruczołów ani żadnéj bolesnéj sprawy w kościach nigdzie nie było. Narządy piersiowe zdrowe. Guz sięga w lewéj linii pachowéj od 10go żebra w miednicę mniejszą; ku stronie prawéj przekracza smugę białą o 15cm.; długość największa, mierzona ukośnie od 10go żebra ku prawéj okolicy pachwinowéj, wynosi 52cm.; guz ten twardy, gładki, bardzo mało poruszalny, dolna tylko część jego na ucisk bolesna. Badanie krwi wykazuje bardzo znaczną liczbę białych ciałek krwi. Pacyjentka od stycznia na siłach bardzo podupadła; guz jéj tak dolega, że ani stać ani chodzić nie może, w skutek czego ostatnie miesiące przeważnie w łóżku spędzić musiała; prócz tego cierpi od 4ch tygodni na rozwolnienie. Rozpoznanie przerostu śledziony z śledzionorodną białaczką potwierdziło się, prócz tego częściowe zapalenie otrzewny w dolnéj części brzucha. I tym razem odmówiono jéj operacyi; ponieważ jednakże pacyjentka z całą mocą nalega, bo stan jéj obecny nie do zniesienia, a możliwość uratowania jéj od niechybnéj, a rychłéj, śmierci ze względu na przypadek Franzoliniego bezwzględnie wykluczoną być nie mogła, usilnemu jéj życzeniu zadosyć uczyniono i przystąpiono do operacyi w dniu 3cim października 1884 r.

Po gruntownem, zwyczajném przygotowaniu do laparotomii, zrobiono w smudze białéj cięcie aż do otrzewny sięgające od wyrostka mieczykowatego na szerokość dłoni ponad spojenie łonowe. Tu uderzyło nas zaraz nadzwyczaj obfite krwawienie nawet z najmniejszych naczyń, tak iż było potrzeba przeszło 20 podwiązań, aby krwotok zatamować, — kiedy w innych warunkach, jak wiadomo, często ani jednego nie potrzeba podwiązać naczynia. Następnie przecięto otrzewnę: guz wstawił się zaraz w ranę i bez trudności wydobyto go, nigdzie bowiem nie miał nieprawidłowych zrostów; przy téj sposobności wypłynęło kilka łyżek zmętniałego płynu otrzewnowego, a na dolnéj części guza spostrzeżono ropnowłóknikowe skrzepy. Na szypułę guza założono zaleconą przez Ohlshausena (na 11 Zjeździe chir. w Berlinie 1882) podwiązkę elastyczną: grubą a tępą igłą przeprowadzono ją podwójnie przez środek szypuły, wiąz żołądkowo-śledzionowy, i na obie strony zawiązano; ażeby zaś ile możności jak najbezpieczniéj zapobiedz zsunięciu się podwiązki, przyszyto ją do obwodu szypuły cienkim jedwabiem. Drugą podwiązkę założono o $1^1/_2$cm. daléj ku wnęce śledziony, a pomiędzy obiema podwiązkami szypułę przecięto. W téj chwili silny strumień krwi trysnął z dośrodkowéj części przeciętéj szypuły. Krwawiący koniec uchwyciliśmy i zacisnęliśmy prędko palcami, a po podwiązaniu go najgrubszym jedwabiem, założonym poniżéj podwiązki elastycznéj, krwotok ustał zupełnie. Następnie podwiązaliśmy wiąz przepono-śledzionowy, ponieważ zaś podług sprawozdań operatorów właśnie z tego więzu śmiertelne często nastąpiły krwotoki, odcięliśmy mały krążek z tkanki śledziony i pozostawiliśmy go przy więzie, tak iż i tu podwiązka usunąć się nie mogła. Po dokładném oczyszczeniu jamy brzusznéj z krwi zwitkami gazy sublimatowéj i po ponowném zbadaniu podwiązek zaszyliśmy ranę brzuszną szwami głębokiemi otrzewnę zachwytującemi, a na to nałożono opatrunek sublimatowy. Operowaną przenieśliśmy do łóżka ogrzanego, na brzuch położyliśmy woreczek z piaskiem. Ciepłota, która już w dniu przed operacyją w skutek podrażnienia otrzewny wynosiła 38,6°, wzmogła się w przeciągu dnia do 39,3, a wieczorem do 39,5°, tętno przyspieszone, 136 uderzeń, małe i cienkie; pacyjentka dostała 2 razy *Tinct. opii.* W nocy nastąpił 2 razy stolec, pacyjentka nie czuje żadnych bólów, sen był dobry. Rano dnia następnego wynosiła ciepłota 38,5°, tętno 120 uderzeń, bardzo słabe; 2 razy podano jéj czarnéj kawy; zresztą czuje się chora bardzo dobrze, bólów nie ma żadnych, objawia nawet wielki apetyt. Tętno coraz bardziéj przyspieszone, 140 uderzeń, staje się coraz słabszém, oddechanie coraz trudniejszém, aż o 11éj godzinie w południe śmierć nastąpiła.

Badania zwłok całych krewni nie dozwolili, otworzyliśmy tylko jamę brzuszną. Po zdjęciu opatrunku zobaczyliśmy zaraz na zewnętrznéj stronie ścian brzusznych skrzep krwi w wielkości i grubości dłoni; szwy ścian brzusznych trzymają dobrze. Na wewnętrznéj stronie ścian brzusznych także skrzep krwi na dwie dłonie szeroki a na 8cm. gruby; pomiędzy fałdami sieci większéj także krwawe złogi. Podwiązki na szypule i więzie przepono-śledzionowym trzymają dobrze, tam téż krwi nigdzie nie widać. Guz wycięty ważył 6 kilogrm.

Śmierć więc nastąpiła tu, jak prawie we wszystkich przypadkach (2 razy tylko podano wstrząs za przyczynę śmierci), w skutek ubiegu krwi i to ze ścian brzusznych pomimo że mnóstwo podwiązek założono a na końcu operacyi krwawienia nie było; niedostateczne krzepnienie krwi białaczkowéj zdaje się i tu było przyczyną krwotoku.

O ile nam wiadomo, wycięto dotąd śledzionę w skutek białaczki w 20 razach: 16 przypadków przytacza w swéj statystyce H. Collier (*Lancet*, 1882) i R. Credé (*Arch. f. klin. Chir.*, 1882); do tego doliczyć trzeba jeden jeszcze przypadek Czernego, przez Brauna wspomniany, przypadek Franzoliniego, daléj Terriera (*Revue de Chirurgie*, 1884) i nasz tu opisany. Z 20 operacyj jedno tylko wyzdrowienie [1]), to wynik istotnie odstraszający, który każdego coraz bardziéj skłaniać musi do zdania Bryanta, Mackenziego, Péana i innych, że przerost śledziony w obec białaczki nie nadaje się do operacyi.

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. **Jabłonowski** w Bagdadzie.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Wszystko to, co powiedziałem, dotyczy osób dotkniętych zarazą aż do chwili ich zgonu. Z ustaniem bowiem życia przepada i zabójcza siła przyrzutu. Zwłoki zadżumionych, świeże, obnażone z odzieży i wycofane z ogniska zakażenia, nie są więcéj pośrednikiem wzbudzającym obawę dalszego szerzenia się zarazy. Dotykanie ich, badanie, sama wreszcie obdukcyja, przekonały nas, że twierdzenie, jakoby zwłoki zadżumionych także udzielały zarazę, jest niezgodném z faktami dostrzeżonemi w praktyce. Mówię tu jednak tylko o zwłokach świeżych. Czy powietrze otaczające chorych, przesycone ich wyziewami i cechujące się właściwego rodzaju wonią, wypada uważać za pośrednika w szerzeniu się dżumy? Na to odpowiem potwierdzająco, opierając się na fakcie już wyżéj wspomnianym, że znaczna liczba osób przebywających w atmosferze otaczającéj zadżumionych, wpadała w stan ogólnego, lecz niedającego się określić niedomagania, w pewnych przypadkach sprowadzającego zakażenie, w innych znowu kończącego się tylko stanem ogólnego osłabienia. Wpływ więc wyziewów płucnych i skórnych, ulatnianie się ropy, śród warunków sprzyjających podobnemu procesowi, przesycenie niemi powietrza, w miejscach ciasnych i pozbawionych wszelkiego przewiewu, wypada policzyć do rzędu dróg sprzyjających także szerzeniu się zarazy.

Oprócz bezpośredniego zetknięcia się zdrowych z zadżumionymi, pewną rolę w transmisyi zakażenia ropą wąglików odgrywały także owady, mianowicie pewien gatunek muchy (*Mosca seleucica Wood*). Zdaje się, że życie tego owadu pozostaje w pewnéj łączności z ukazaniem się i rozwojem zarazy, ponieważ ani przed jéj ostatnim tu rozwojem, ani po jéj ustaniu, nigdzie go więcéj nie zauważono, a dopiero z dojściem zarazy do największéj siły jéj rozwoju ukazywały się gromady much, przybywających zawsze z ponad zachodnich wybrzeży nadtygrzańskich bagnisk. Owad ten większy od zwykłéj europejskiéj muchy ma kształt okrągławy, ciało koloru ciemno-popielatego, uzbrojone w parę skrzydeł, pokrytych żółtemi podłużnemi centkami, z głową maleńką, posiadającą duży stosunkowo sączek, czy też żądełko, i z trzema parami nóżek równych lecz nastrzępionych i okrytych rodzajem gęstego meszku. Łakomy ten i nadzwyczaj dokuczliwy owad był drugą plagą dla nieszczęśliwych chorych. Wytrwały na dymy siarkowe i chlorowe, ukazywał się zwykle w półtory godziny po wschodzie słońca. Napastował w ciągu całodziennych upałów gromadnie obsiadając chorych i dopiero około godziny 6téj po południu, nasycony niejako swym łupem, osiadał na piaszczystych przestrzeniach otaczających miejsce zakażone, lub też krył się na gałęziach drzewiastego tamaryszku i sterczących tu i owdzie łodygach bodiaku. Gdy teraz uwzględnimy pozostawanie większéj ilości chorych w stanie nędzy, niemających najczęściéj za posłanie jak na pół zgniłą rogóżkę, a za okrycie podarty i podziurawiony wełniany płaszcz, nieopatrujących ran, powstałych ze zgorzelinowego rozpadu wąglików lub dymienic, ran najczęściéj pozostających otwartemi, zrozumiemy, jak wielka łatwość przedstawiała się dla żarłocznego owadu nurzania się w ropie, i już znaną drogą przenoszenia jéj na inne dostępne miejsca. Zakażeniu tą drogą wyłącznie ulegały dzieci, same przez się niezdolne do uwolnienia się od napastującego owadu, a przez niedbałość osób, których pieczy były powierzone, narażone na znoszenie cierpień wywołanych i przeniesionych przez nielitościwy owad. U dzieci też pierwsze pojawy zakażenia występowały prawie stale w kątach oczodołów, na błonie śluzowéj powiek i ust, i jako takie, pozwolę sobie przypuścić, że zostały wywołane złożeniem zgniłéj ropy, przeniesionéj przez wspomniany owad.

Zauważane pośród owiec i wielbłądów nagminnie panujące choroby i podawane jako poprzedzające zawsze dżumę w Iraku arabistańskim, wypada uważać jako drogę ułatwiającą tylko przyswojenie się zarazy, a być może także jako przygotowującą ustrój do łatwiejszego przyjęcia przyrzutu. W istocie bowiem, jeżeli ludność uboga jadając mięso zwierząt dotkniętych pewnym stanem chorobowym, ulega zakażeniu przez wprowadzenie do ustroju szkodliwego pokarmu, to te same zwierzęta przeprowadzane z miejsca na miejsce bezwątpienia zdają się pośredniczyć w dalszém propagowaniu zarazy. Jednakże na potwierdzenie tego faktu nie posiadamy dowodów dostatecznie przekonywających. — Jeżeli go cytuję, to tylko w zamiarze dania wyrazu i zanotowania opinii ogółu tutejszych lekarzy.

Nieporównanie pewniejszém jest przenoszenie się zarazy za pośrednictwem odzieży, pościeli i w ogóle resztek szmat pozostałych po zadżumionych. Przekonani, że zarodki właściwe dżumie obierają sobie tkaniny wełniane za dalsze przytulisko, przechowują się na nich czy w nich z wielką łatwością, zastósowywaliśmy wszystkie rozporządzalne środki do usunięcia wszystkiego, co pozostało z odzieży lub bielizny po ofiarach zarazy. W początkach strażnicy sanitarni wywiązywali się z tego zadania nie napotykając wielkich trudności. Lecz gdy się przekonano, że szmaty niszczono ogniem i że z powodu nieposiadania innych sposobów dezinfekcyjnych, wszystko palono, opór mieszkańców, a mianowicie kobiet, stał się nieprzezwyciężonym. Bielizny i pościeli najściśléj przeprowadzone rewizyje nie zdołały wykazać i nie dawały też one innego rezultatu nad zapewnienie, że znalezione rzeczy nie należały do zadżumionych. Jednakże niechętni w oddawaniu szmat na zniszczenie ogniem wyrzucali je na ulicę. Nagość niektórych biedaków skłoniła ich do korzystania z podobnie znalezionego daru. Na nieszczęście jednak korzyści nie miano żadnéj. Nędzarz bowiem okrywając się strzępami znalezionéj płachty, padał zwykle ofiarą ślepéj swéj nieostrożności! Bardzo tu często spotyka ne ka

[1]) Zresztą autorowie zdają się i w przypadku Franzoliniego powątpiewać o istnieniu białaczki. Credé przytacza w swéj statystyce przypadek ten poprostu jako *hypertrophia*, gdy w innych przypadkach dodaje wyraźnie *leucaemica*; w rozprawach Towarzystwa niemieckich chirurgów w r. 1884 określenie tego przypadku jako *hypertrophia leucaemica* oznaczono znakiem zapytania.

pliczki z grobami czczonych przez Mahometan Szeitów patronów lub tylko „Seidów“ i „Imamów“ były także miejscem, gdzie przesądni mieszkańcy wywieszali bieliznę lub łachmany, pozostałe po ofiarach dżumy. Takichto szmat nawet nędzarz zdjąć nie miał odwagi. To téż zwykle stawały się one łupem strażników, palących je ku wielkiemu zgorszeniu tuż przy samych kapliczkach! Liczne jednak fakty zakażenia się tą drogą, jakie uważaliśmy w Iraku, stanowczo zaprzeczają twierdzeniu, że odzież, bielizna lub pościel po chorych nie są pośrednikami w szerzeniu się zarazy. Nie tylko one, ale i towary pochodzące z miejsc zakażonych i przechowywane w składach wilgotnych i nieprzewietrzanych wypadło nam tu uważać za dość pewną drogę, ułatwiającą przenoszenie się zarazy z jednéj miejscowości na drugą.

Wreszcie dla uzupełnienia mych wywodów nad sposobami przenoszenia się dżumy pozostaje mi jeszcze zrobić porównawczą wzmiankę o znaczeniu zarazy panującéj nagminnie i epidemicznie. Niezmiernie ważnym tak dla tutejszych jak i w ogóle międzynarodowych stosunków jest potwierdzenie zdania wypowiedzianego przez komisyję francuską (sprawozdawca Dr. Pruss), że zaraza z charakterem nagminnym nie ulega transmisyi i że tylko dżuma panująca epidemicznie jest zdolną szerzyć się już to w punktach dotkniętych zarazą, jak również i po za ich obrębem. Ostatnie to zdanie nie wymaga żadnych komentarzy. Fakty uważane w praktyce, wyraźnie to potwierdzają. Co się zaś tyczy charakteru nagminnego dżumy i wykazania jéj skłonności do dalszego szerzenia się lub wyłącznego ograniczenia się do pewnych punktów, główny zarząd służby zdrowia w Stambule polecił, aby przez poszukiwania przeprowadzone na miejscach nawiedzonych zarazą potwierdzono lub zmieniono powyższą opinię. To téż z okoliczności każdorazowéj epidemii dżumy w Iraku, pomimo że w Teheranie delegat sanitarny rezyduje, wysłano do Persyi, mianowicie do Kurdystanu perskiego, jednego z lekarzy już to pozostających w Mezopotamii, lub téż wyłącznie delegowanego ze Stambułu, z misyją zapoznania się i skonstatowania stanu zdrowotnego pośród mieszkańców zwanych „Teylli“ lub „Lurde,“ koczujących w pobliżu pogranicza turecko perskiego. Taką misyję odbyli Drowie Wartabet, Castaldi, Stiepowicz i Lubicz. Sprawozdania jednak z poszukiwań przeprowadzonych przez lekarzy, pozostały w archiwach Zarządu służby zdrowia a tylko Dr. Castaldi wzbogacił bijografiję dżumy dwiema rozprawkami, które poparte raportem jeneralnego inspektora służby zdrowia Dr. Bartolettego wykazały, że dżuma pośród plemion Kurdystanu perskiego panuje nagminnie w pewnych peryjodycznie po sobie następujących okresach czasu. Od strasznéj bowiem epidemii w roku 1830 ogniska dżumy w Kurdystanie perskim nigdy zupełnie nie wygasły, w dowód, że jest to taż sama choroba, która corocznie ma się ukazywać zimą i na wiosnę w okolicach począwszy od wybrzeży morza Kaspijskiego aż do zatoki perskiéj. Ona to ukazawszy się w roku 1879—80 w prowincyi astrachańskiéj (Wetlianka) przeraziła całą Europę, sądzącą, że straszna ta plaga już dawno nie istnieje. Co zaś do samego Iraku, to dżuma panowała tu corocznie w latach 1873, 74, 75, 76, 77 a w roku 1881, ukazawszy się najprzód w miejscowości zwanéj Szamieh, w okolicy położonéj między Hylleh i Dywanieh po prawym brzegu Eufratu i przywleczona tam przez podróżnych z Persyi, przedostała się do Nedżefu, punktu pielgrzymki Mahometan Szeitów, słowem, że i w tych epokach nie miejscowym tylko warunkom ale przedostaniu się zarazy z perskich pogranicznych prowincyj wypada przypisać szerzenie się dżumy w Iraku. Prócz przekonania, że w Lurystanie perskim zaraza zjawia się corocznie będąc ograniczoną do pewnych puktów, niewątpliwém jest także, że ogniska dżumy istnieją w Chorozanie, prawdopodobnie także w Afganistanie, a najpewniéj w stanie trwałym, choć również ograniczonym, na południe pasma Himalaya, mianowicie w miejscowościach Kamaon i Garwal. Ze sprawozdań zaś lekarzy indyjskich wypada sądzić, że dżuma jest znaną i w chińskim Yun-Nanie. Po za granicami zaś Iraku arabistańskiego przekonano się także, że zaraza istnieje w kraju Assyr, zajmującym południowy pas półwyspu arabskiego, między Omawem i Jemenem. Nie należy téż spuszczać z uwagi i prowincyi zwanéj Nedżett, ciągnącéj się wzdłuż zachodnich wybrzeży zatoki perskiéj aż do pobliża Moskatu, gdzie plemiona koczujących Arabów dość często bywają nawiedzane przez dżumę, mającą tam swe wiecznie trwające ognisko. Wzmiankę o powyżéj podanych miejscowościach, gdzie dżuma panuje nagminnie, zrobiłem tylko dla wykazania, jak licznemi i łatwemi są drogi, któremi zaraza przedostaje się do posiadłości tureckich. Najbliższą jednak i najbardziéj podejrzaną miejscowością pozostanie zawsze Lurystan perski, na któryto zwykle największą zwraca się uwagę. Przybywszy téż do Iraku w celu wzmocnienia sił fachowych miejscowych i z misyją jak można najdokładniejszego zbadania charakteru i sposobu powstania zarazy, potwierdziwszy tylko zmniejszenie się jéj siły, uważałem za stósowne zrobienie także wycieczki do Lurystanu perskiego, dla zapewnienia się, czy téż i na ostatnią epidemiję dżumy w Iraku oddziałały jakieś obce wpływy. Rezultatem mojéj wycieczki odbytéj w czasie upałów lipcowych, a zatém w porze niesprzyjającéj już rozwojowi dżumy, było tylko potwierdzenie nagminnego istnienia zarazy w Lurystanie. Dostateczna liczba osób obojéj płci, którą zdołałem poddać badaniu, ze śladów pozostałych po przebytém cierpieniu, jak charakterystyczne pojawy następowe zarazy, mianowicie zgorzelina płuc, długotrwałe zaniemienie, porażenie odnog dolnych, głuchota nerwowa, blizny po wąglikach, u mężczyzn na szyi i pod pachami, u kobiet na sutkach, u dzieci zaś skręcenie głowy na bok, zezowatość, a w ogóle u wszystkich cechujący zanik mięśni i osłabienie władz umysłowych pozwoliły mi wysnuć wniosek o swoistości tam dżumy, podług zapewnień mieszkańców ukazującéj się corocznie, począwszy od roku 1879. Byłoto więc tylko potwierdzenie znanego i już wyżéj zacytowanego faktu. Szukałem jednak czegoś więcéj. I przez uzupełnienie mych studyjów późniéj zebranemi datami zdołałem dojść do wniosku, że dżuma (z którą mieszkańcy Lurystanu są tak dobrze oswojeni jak my np. z durem plamistym) będąc swoistą w pewnych miejscowościach, w tych tylko zwykła się szerzyć, podczas gdy w pewnych latach i w tych samych warunkach zaraza przybiera charakter epidemiczny i rozwlekając się na większe przestrzenie drogą stosunków jednego punktu z drugim przedostawać się zwykła i do Iraku, tak że i ostatni jéj rozwój na terytoryjum tureckim należy przypisać wyjątkowemu charakterowi, z jakim zaraza przyswojona w Lurystanie perskim, szerzyła się tam w początkach 1884 roku. Zdanie, że zaraza ma szczególną skłonność łatwiejszego przyswajania się pośród indywiduów wątłego ciałotworu i z natury słabowitych, do pewnego stopnia zgadza się z faktami obserwowanemi w praktyce. W Iraku téż, największą liczbę zakażeń spotykamy pośród osób wycieńczonych dawniéj przebytemi cierpieniami, u dotkniętych tak tu

rozpowszechnionêm charłactwem zimniczêm, u dzieci zołzowatych i kobiet, których stan socyjalny tutaj, nie już że jest opłakanym, ale będąc gorszym aniżeli w ogólnym układzie społeczeństwa muzułmańskiego, przedstawia pod względem patologicznym bardzo charakterystyczne cechy. W każdéj téż okoliczności nieszczęśliwe te i poniewierane istoty są tutaj najbardziéj narażone na wpływy zarazy i kontyngens ofiar, jaki dają, przechodzi liczbę mężczyzn. Płeć więc, wiek dojrzały, wątły ciałotwór i wreszcie nędza moralna, wywierają tu niezaprzeczony wpływ na zwiększanie się ilości osób dotkniętych i ulegających zarazie.

Czytając sprawozdania o dżumie, podane przez lekarzy egipskich i niektórych praktyków w Indyjach wschodnich, spotykamy się tam z opiniją, że pewne profesyje i zatrudnienia, mianowicie garbarstwo, usposabiać mają do łatwiejszego zakażenia się. Trudno mi było przekonać się o têm w czasie epidemii dżumy w Iraku. Tutaj bowiem właściwe profesyje nie istnieją. Uprawiający rolę (Fellah), pasterz trzód (Czaban) i wynajmujący konie do odbycia podróży (Keradży), oto zajęcia, jakim się oddaje biedniejsza klasa mieszkańców. Zamożniejsi zaś, ospale spożywają dary natury, częścią oddają się drobnemu handlowi, który, nieuważany za profesyję, właściwie służy tylko do zabicia czasu! Ztąd więc nie podobna przyjąć za pewnik, że tego rodzaju zajęcia usposabiają w sposób wyłączny do zakażenia się. Pewnêm jest tylko, że dżuma znajdując pośród ubogich mieszkańców odpowiedniejsze do swego rozwoju warunki, szerzy się z większą siłą, aniżeli to ma miejsce pośród klasy zamożniejszéj. Lecz i ta ostatnia, mianowicie w epidemii 1884 roku, także nie została oszczędzoną. Można więc przypuścić, że stosunek zakażonych i śmiertelność pośród nich równoważyła się prawie. (C. d. n).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. O. Messerer (w Monachijum): **O znaczeniu sądowo-lekarskiém rozmaitych postaci złamań kości.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

3. Rany postrzałowe.

Jeżeli rana postrzałowa przeszywa czaszkę, rozróżniamy otwór wstrzału z łatwością od otworu wystrzału, ponieważ w pierwszym blaszka szklista okazuje złamanie znaczniejsze aniżeli blaszka zewnętrzna, podczas gdy w otworze wystrzału stosunek odwrotny zachodzi [1]). Pochodzi to ztąd, że pocisk, pędząc przed sobą części zmiażdżone, niszczy więcéj blaszkę późniéj uszkodzoną. Doświadczenia Buscha, Kochera i innych wykazały, że w obec ran postrzałowych mózg ważny wywiera wpływ na złamania czaszki. Jak strzał, wymierzony w puszkę blaszaną próżną, sprawia tylko otwór wstrzału i wystrzału, wymierzony zaś w puszkę taką samą, ale napełnioną mózgiem lub wodą, wywołuje rozsadzenie jéj na wszystkie strony, tak samo działa mózg tak bardzo w wodę obfity, jeżeli czaszka poddaną zostaje nagłemu działaniu pocisku nowoczesnego; mózg bowiem, tak jak woda, jest całkiem nieściśliwym, a rozsadzenie czaszki jest têm znaczniejsze, im większą jest siła pędząca pocisk, a więc jeżeli strzał pada z karabinu nowoczesnego z bliska. Jeżeli siła ta jest mniejsza, np. przy strzale rewolwerowym, wtedy czaszka nie zostaje rozsadzoną, lecz zdarzają się złamania odosobnione, nie pozostające w żadnym związku ani z miejscem wstrzału, ani z miejscem wystrzału; są to więc złamania pośrednie, a do powstania złamań takich nie potrzeba wcale, aby pocisk przeszył mózgowie, bo wystarcza, jeżeli ugodzi czaszkę nie przebijając jéj wcale.

[1]) Okres ten jest nieco niejasny. Otwór wstrzału na czaszce jest mniejszy i regularniejszy, aniżeli otwór wystrzału, i ma brzegi bardzo ostre, podczas gdy otwór wystrzału ma brzegi przytępione i schodkowate. Różnica jest tak uderzającą, że na pierwszy rzut oka rozpoznać można, którędy kula weszła, a gdzie wyszła. *Sprawozd.*

4. Złamania pośrednie.

Według teoryi Sancerotte'a złamania pośrednie w ten sposób przychodzą do skutku, że z miejsca bezpośrednio ugodzonego wychodzą fale, rozszerzające się jednostajnie po całéj czaszce, a przez zbieganie się po stronie przeciwległéj wywołują tak silne wstrząśnienie, że to dopiero miejsce ulega pęknięciu. Teoryja ta jako nieuzasadniona została porzuconą, a wiele przypadków złamania pośredniego, w literaturze wspomnionych, nie wytrzymuje krytyki; mimo to autor nie zaprzecza możności powstania złamania pośredniego, bo za nią przemawiają rzadkie wprawdzie przypadki, należycie sprawdzone, oraz wyniki doświadczeń czynionych za pomocą ucisku i uderzenia. Do wystąpienia ich potrzeba atoli, aby uraz działał na części czaszki względnie znaczny opór stawiać mogące a uraz przenoszące na części odległejsze. Mechanizm jest dwojaki: albo te części odległejsze pękają, albo skutkiem przesunięcia zginają i załamują się.

a) Pęknięcia.

Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 6 przedstawia czaszkę, którą Herrmann poddał uciskowi poprzecznemu na obie kości boczne; w skutek takiego ucisku wymiar poprzeczny czaszki zmniejszył się, podczas gdy wymiary strzałkowy i pionowy powiększyły się; prężenie części podstawowych doszło do tak wysokiego stopnia, że części te pękły i tym sposobem powstały dwie rozpadliny na podstawie, a mianowicie jedna, przebiegająca od jednego otworu wzrokowego do drugiego, jest złamaniem pośredniêm, ponieważ w żadnym związku nie pozostaje z miejscami bezpośrednio ugodzonemi; druga zaś, większa, jako dążąca do prawéj kości bocznéj, z pewnością jest bezpośrednią.

b) Załamania.

Fig. 7 przedstawia czaszkę trupa, na którego głowę spuszczono ciężar znaczny (trup siedział). Z miejsca zderzenia się ciężaru ze sklepieniem wychodzi rozpadlina, przebiegająca przez lewą kość boczną do środkowéj jamy czaszkowéj, a całkiem nie zależnie od niéj i bez związku z miejscem ugodzonêm jakotéż z częściami podstawy na kręgosłupie spoczywającemi widać 2 małe złamania, a mianowicie jedno w jamie potylicznéj dolnéj prawéj, drugie zaś na siodle tureckiêm. Powstały one w ten sposób, że skutkiem działania

urazu zewnętrznego kręgosłup wparty został do wnętrza czaszki; brzegi silne otworu tyłogłowowego stawiły opór skuteczny, natomiast uległy miejsca pobliskie, mocno na wewnątrz wgięte. Złamania te pośrednie powstają więc w ten sam sposób, co złamania pierścieniowate podstawy, z tą tylko różnicą, że w ostatnich wykazać się daje bezpośredni związek z miejscami, które na kręgosłupie spoczywały, czego tu nie ma.

Z têm wszystkiém w przypuszczaniu złamań pośrednich należy być bardzo ostrożnym, aby nie popaść w błąd rozpoznawczy, jak przekonać się można na przykładzie szczegółowym. Dajmy na to, że ktoś uderzony w głowę upada bezprzytomny; po ranie znalezionéj na głowie przypuszczamy, że uderzenie tyczyło się prawéj połowy czaszki. Chory umiera a przy sekcyi znajdujemy złamanie kości bocznéj lewéj, podczas gdy prawa kość boczna jest nienadwerężoną. Idąc za teoryją Saucerotte'a możnaby przypuścić złamanie pośrednie. Wywiady dokładniejsze wykazują atoli, że złamanie w inny powstało sposób, albowiem w skutek doznanego uderzenia obrażony upadł i uderzył się w ciemię lewe o bruk kamienny. Złamanie więc lewéj kości ciemieniowéj oczywiście było bezpośredniém. Dlatego tylko takie złamania uznać należy za pośrednie, które nie pozostają w związku ani z miejscem, które ugodzone zostało, ani z miejscami, na których czaszka spoczywa lub na które upada. Dlatego też i owych odosobnionych złamań, które zdarzają się w środkowéj jamie czaszkowéj, nie uznamy za pośrednie, jeżeli w skutek upadnięcia i uderzenia się w brodę znajdziemy żuchwę nietkniętą, podczas gdy cios udziela się podstawie czaszki.

II. Złamania kości kadłuba i odnóg.

1. Kadłub.

Na uwagę zasługują przedewszystkiém złamania kręgów w skutek ciśnienia (*Compressionsbrüche* Middeldorpfa), przyczém trzon kręgu ściśniony zostaje w kierunku prostopadłym, tak że płaszczyzna górna zbliża się do dolnéj (fig. 8); jeżeli siła działała niejednostajnie, wtedy obie płaszczyzny nie są równoległe do siebie. Złamanie takie dowodzi, że siła działała na kręgosłup prostopadle, że więc upadnięcie na pośladki złamanie wywołało.

Fig. 8.



Co do klatki piersiowéj, zasługuje na przypomnienie, że elastyczność jéj jest nadzwyczajną. U istót młodocianych można po wyjęciu trzew brzusznych przez ucisk zbliżyć mostek do kręgosłupa, a nie wywołać złamania żeber; nawet u osób starych dopiero po silném ściśnieniu złamanie żeber powstaje [1]).

Co się tyczy miednicy, zasługuje na uwagę, że działanie na nią siły w większym obszarze nie wywołuje złamania w jednéj linii, lecz we dwóch, że więc z pierścienia miednicy kawał wyłamany zostaje. Jeżeli siła działa w kierunku strzałkowym od przodu ku tyłowi, powstają zazwyczaj złamania kości łonowéj a częstokroć złamania symetryczne, które dotyczą obustronnie gałęzi pozioméj i zstępującéj téjże kości (fig. 9).

Fig. 9.



2. Odnogi.

W dziełach chirurgicznych spotykamy się zazwyczaj z rozróżnieniem złamań bezpośrednich od pośrednich; rozróżnienie to atoli ma znaczenie praktyczne tylko pod względem stłuczenia części miękkich, które jest większe w złamaniach bezpośrednich aniżeli pośrednich. Inaczéj się ma rzecz ze złamaniem samém; zdruzgotanie bowiem kości prędzéj się zdarza w złamaniach pośrednich, podczas gdy w bezpośrednich uszkodzenie bywa pojedynczém. Pod względem postaci w dziełach chirurgicznych jest mowa tylko o znanych typach: o złamaniu poprzeczném, podłużném, ukośném itd., podczas gdy się nie uwzględnia postaci innych oraz zależności postaci złamania od rodzaju gwałtu zewnętrznego.

Dla celów medycyny sądowéj atoli rozróżnić należy w miarę powstania i postaci następujące przypadki:

a) Złamania kości odnóg przez rozdarcie, jeżeli w obydwóch końcach działają siły w kierunku przeciwnym. Złamania takie wywołać można sztucznie, ale powstają one także za życia śród wyrwania odnogi (Guermonprez opisał 5 przypadków wyrwania ramienia, a w tych 3 razy kość ramieniowa była złamaną), jakkolwiek w takich razach częściéj przerwanie następuje w stawach.

b) Złamania skutkiem zgniecenia. Sztucznie wywołać można takie złamanie, jeżeli się kość poprzecznie zgniata pomiędzy dwiema płaszczyznami, lub jeżeli się kość leżącą na podstawie twardéj uderza z boku młotem (fig. 10), powstają wtedy rozległe rozpadliny podłużne, albowiem kość zgniecioną zostaje, jak sitowie w palcach ściśnięte (fig. 11). Za życia złamania takie mogłyby powstać np. skutkiem przejechania, ale zdarzają się rzadko, bo kość musiałaby dobrze przylegać do ziemi, podczas gdy kości z powodu postaci giętéj i pokrycia częściami miękkiemi nie przylegają mocno do podstawy i dlatego ulegają raczéj złamaniu przez zgięcie. Ile razy jednak lekarz sądowy napotyka wielokrotne rozpadliny podłużne w kości, może wnosić nie tylko o sposobie działania gwałtu, ale orzec może także, że gwałt był bardzo silny, albowiem doświadczenia autora dowiodły, że aby podobne rozpadliny wywołać na kości udowéj mężczyzny wieku średniego, potrzeba obciążenia jéj nad 1000 kilogr., a do zupełnego zgniecenia uda nawet ciężaru 3000 kilogr. (Dok. n.)

Fig. 10.

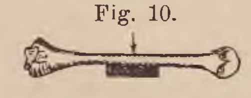
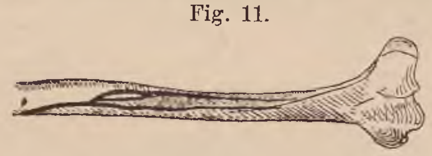


Fig. 11.



Prof. Bernhard: **O chorobie Thomsena.**

Autor obserwował kilka przypadków choroby Thomsena w rodzinie, w któréj dziedziczność niewątpliwie odgrywała rolę. Najprzód przedstawił mu się 16½ lat liczący, atletycznie zbudowany młodzieniec, użalający się na sztywność przy wykonywaniu jakichkolwiekbądź ruchów. Sztywność ta nie jest atoli bezustanną, lecz występuje tylko przy pierwszych ruchach. Pierwsze kroki stawia pacyjent jak na szczudłach, przy podniesieniu się ze stołka po dłuższém siedzeniu sztywnieje na kilka sekund całe ciało, a głównie nogi, wejście na pierwsze 4 lub 5 schodów jest dla chorego z nadzwyczaj wielkim trudem połączone. Przy najsłabszém potknięciu

[1]) Odnosi się to zapewne tylko do trupów, bo wiadomo, że za życia człowieka żebra jego nie stawiają tak wielkiego oporu, zwłaszcza u osób starszych. *Sprawozd.*

się upada chory na ziemię, przyczém całe ciało sztywnieje tak, że w ciągu pierwszych kilku minut nie może się żadną miarą z ziemi podnieść. Przy uścisku obcéj ręki mięśnie zginacze ręki przez dłuższy czas zostają w skurczu. Również śród żucia popadają czasem mięśnie żwacze w tężcowy skurcz. Odruch kolanowy wybitny. Elektryczna pobudliwość mięśni twarzy prawidłowa, gdy tymczasem mięśnie rąk zostają jeszcze jakiś czas w skurczu po odjęciu elektrod. Chory jąka się dość często. Cierpienie rozpoczęło się w 5tym roku życia i miało najprzód zajmować głównie odnogi dolne. — W tydzień późniéj przedstawiła się autorowi siostra powyższego pacyjenta, lat 18 licząca. Chora odznacza się silną budową ciała, mówi płynnie i okazuje te same objawy chorobowe, jak jéj brat, z tą tylko różnicą, że ruchy rąk odbywają się u niéj z większą swobodą. Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, że nietylko rodzice wspomnianych chorych byli ze sobą spokrewnieni, ale także dziadek i babka liczyli się do bliskich krewnych. Córka tych praojców (a więc ciotka powyższych chorych) cierpiała na chorobę Thomsena — a dwoje dzieci pochodzących z drugiéj córki (która wyszła za mąż również za swego kuzyna) przedstawia także wybitne objawy téj choroby. Podobne szerzenie się choroby wśród kilku pokoleń znaném było dotychczas tylko w rodzinie Thomsenów. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde, Psych. u. ger. Psychopath.* 1885. Nr. 6). *Dr. Prus.*

Ostatnie prace w sprawie znaczenia wahań Schultzego dla medycyny sądowéj.

Spór o doniosłość próby płucnéj hydrostatycznéj kwitnie jeszcze dotąd w całéj pełni. Liczne doświadczenia wykonane na noworodkach nieżywych, celem przekonania się, czy płuca niedodmowe można napełnić powietrzem znanemi dotąd metodami z wykluczeniem bezpośredniego wdmuchiwania, doprowadziły różnych badaczy do bardzo sprzecznych wyników. W najnowszych czasach zajął się świat lekarski głównie metodą wahań Schultzego, odkąd jéj przyznano na mocy licznych doświadczeń znakomity wpływ na aspiracyję bierną. Sposób postępowania i znaczenie metody wahań są podane w Przegl. Lek. Nr. 19 z r. 1882 i Nr. 35 i 36 z r. 1884.

Metodą wahań walczył i walczy dotąd Runge, chcąc podkopać wartość próby płucnéj. Już w r. 1882 ogłosił w *Berl. klin. Woch.* (p. Przegl. Lek. 1882, Nr. 19) przypadek powietrznego płuca po zastósowaniu metody Schultzego, a w r. 1883 umieścił kilka podobnych przypadków (w *Charité Annalen* VIII, I. str. 687). Runge twierdzi, że po wahaniach znalazł wprawdzie mniéj jednostajne rozdzielenie sztucznie wpartego powietrza i jaśniejsze zabarwienie części płuca powietrznego, niż u dziecka, które już oddechało, lecz różnicy téj nawet i wprawne oko nie zawsze zdoła się dopatrzeć. W rozprawie („*D. Stichhaltigkeit d. Lungenprobe*“ *Vierteljahrschrift f. ger. Medicin* 1885, I) czyni Runge zadość i wymaganiom Hofmana, któremu ani razu nie udało się po wahaniach znaleść w płucach powietrza; a jakkolwiek nie posądza Hofmana, żeby jego wyniki ujemne miały być następstwem nie dość wprawnie wykonywanych wahań, to jednak nie zdaje mu się od rzeczy zwrócić uwagę na niektóre okoliczności, mogące się przyczynić do uwieńczenia wspomnianéj metody dobrym skutkiem. Radzi więc R. przed każdém doświadczeniem wypchnąć nasadę języka mocno ku przodowi, aby w ten sposób umożliwić lepszy przystęp powietrza do dróg oddechowych. Przypomina daléj o ustaleniu główki dziecka wśród doświadczenia, na co już Schauta zwrócił dawniéj uwagę, a wreszcie ugniecenie palcami klatki piersiowéj ma według niego udaremnić przystęp powietrza. Mimo zachowania wspomnianych ostrożności nie udało się jednak czasem i Rungemu uzyskać powietrzności płuc po wahaniach nawet u płodów donoszonych. Jakkolwiek się do tego przyznaje, nie umie sobie z tych przypadków zdać sprawy.

Pomijając bliższe szczegóły z pracy Rungego ze względu, że są już podane (w Przegl. Lek. Nr. 19, 1882), nadmienić wypada, że zapatrywań tych nie podzielają inni autorowie, którzy z wielką ścisłością starali się dociec prawdy.

Zapewne i najnowsza praca Torgglera („*Über d. Werth d. verschied. Methoden d. künstlichen Athmung bei asphyct. Neugebornen.*“ *Wien. Med. Blätter* 1885, Nr. 8—10) nie zamknie szeregu doświadczeń. Materyjal, którym rozporządzał Torggler, był właściwie przeznaczony na inne cele, a wspomnimy tu tylko krótko o przypadkach, mogących mieć znaczenie sądowolekarskie.

W przypadku 2gim i 3cim mówi o dzieciach donoszonych, u których po czterdziestu wahaniach znaleziono przy sekcyi płuco przeważnie powietrzne. Miejsca bezpowietrzne, ciemno-czerwone, zajmowały przeważnie brzegi i części dolne płuc, a po rozdrobnieniu dążyły szybko na dno naczynia napełnionego wodą, gdy tymczasem części powietrzne, żywo jasno czerwono zabarwione, pływały po wodzie.

W przypadku 4tym opisuje dziecko niedonoszone, martwo urodzone, u którego po czterdziestu wahaniach nie znaleziono ani śladu powietrza w płucach.

W przypadku 8ym dziecko urodzone w 2gim stopniu zamartwicy (*asphyxia pallida*), donoszone. Wyczerpnięto bezskutecznie wszystkie znane sposoby cucenia, z wyjątkiem wdmuchiwania powietrza. Po rozdrobnieniu płuca pływał tylko jeden kawałek wielkości grochu.

Mimo najskrupulatniejszego przestrzegania przepisów śród wykonywania wahań nie wiele uzyskał Torggler w niniejszych przypadkach na poparcie twierdzenia Rungego. Owszem, nawet dodatnie wyniki nie mogły go dowodnie przekonać, aby płuca dzieci martwo czy w głębokiéj zamartwicy urodzonych, po zastósowaniu najlepszych sposobów wentylacyjnych, miały się w każdym przypadku napełnić powietrzem i nie różnić się przedewszystkiém pod względem ilości i rozdzielenia tego gazu.

Zobaczmy daléj, co mówią inni autorowie o próbie płucnéj w stosunku do wahań Schultzego.

Schultze sam na wstępie rozprawy („*Über d. Wiederbelebung tief scheintodt geborner Kinder durch künstl. Respirat. mittelst Schwingen*“. *Wiener Med. Blätter* Nr. 1—2, 1885), gdzie wyczerpująco są przedstawione korzyści metody wahań, ze względu na opróżnienie dróg oddechowych, wentylacyję płuc i pobudzenie krążenia, zgadza się ze zdaniem, które wypowiedział Hofmann o znaczeniu próby płucnéj. Nie ma się czego obawiać, pisze Schultze, aby przypadkowém ugnieceniem lub rozciąganiem klatki piersiowéj dziecka martwego, — a to są właśnie rękoczyny możebne u potajemnie rodzących, które są najczęściéj przedmiotem dochodzeń sądowych o dzieciobójstwo, — miało się dostać powietrze do płuc niedodmowych. Widać zatém, że sam Schultze osłabia znaczenie sądowolekarskie metody swéj, odnosząc jéj skuteczność ściśle do cucenia noworodków.

(Dokończenie nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

I. zwyczajne naukowe posiedzenie d. 7 lutego 1885.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 22.

Kol. Merunowicz jako przewodniczący zagaja posiedzenie dziękując za zaszczyt i zaufanie, którém go obdarzono, powołując go na prezesa. Oświadcza, że nieobce mu są trudności, jakie godność ta za sobą pociąga; trudności te zaś wypływają ztąd, że we Lwowie nie mamy Wydziału lekarskiego, nie mamy biblijoteki lekarskiéj i nie mamy swojego pisma lekarskiego. Sekcyja więc musi sobie sama starczyć i pomagać, przewodniczący prosi więc przedewszystkiém kolegów w szpitalach pracujących, ażeby doświadczeniami i spostrzeżeniami zbieranemi w szpitalach dzielili się z innymi kolegami. Daléj prosi kolegów, aby opracowywali krytycznie kwestyje ważniejsze i referatami wygłaszanemi na posiedzeniach zaznajamiali wzajemnie członków sekcyi o właściwym stanie kwestyj, których tak jest wiele i z których każda tak obfitą ma literaturę, że nie każdy lekarz, a zwłaszcza praktyk, jest w stanie czytać tak wiele. W ogóle prosi kolegów, aby w pracy i usiłowaniach nad rozwojem sekcyi popierali go skutecznie i ułatwiali mu trudne zadanie. Następnie wyraża żal z powodu straty, jaką sekcyja poniosła przez śmierć kol. Dra Tadeusza Żulińskiego, który, jak wiadomo, był cichym i skromnym, ale niezmordowanym i znakomitym pracownikiem, i wnosi, aby przez powstanie wyrazić żal, — co téż uskuteczniono.

Z porządku dziennego następuje dalsza część odczytu kol. Laskiewicza: „O acetalu i paraldehydzie“, którego treść jest następująca: Prelegent omawia wytwarzanie, użycie i własności paraldehydu i acetalu i przytacza z literatury odnośne doświadczenia różnych badaczy, nawiązując do tego także wynik swych własnych spostrzeżeń nad wartością leczniczą paraldehydu na umysłowo chorych w Zakładzie kulparkowskim poczynionych. Daléj streszcza wskazania, w jakich formach bezsenności tego lub owego leku nasennego używać należy, jakotéż podaje przeciwwskazania dla każdego leku lub grupy leków nasennych. Wreszcie odpowiada na interpelacyje i uwagi kolegów poczynione w sposób następujący: kol. Widmannowi oświadcza, że nie przemawiał za stałém użyciem narkotyków w zapaleniu płuc, lecz zauważył, że małe dawki w téj chorobie, a szczególnie w zapaleniu opłucny, przy wielkiéj bolesności, jakotéż w celu zmniejszenia nader forsownych ruchów respiracyjnych (np. po złamaniu żeber) mogą się okazać potrzebnemi. Że środki te żywotność organizmu zmniejszają, że ruchy serca osłabiają, każdemu lekarzowi wiadomo. Daléj nie może zgodzić się z kol. Widmannem, jakoby wymioty po morfinie niekiedy występujące, zależały zawsze od rozkładu jego, a mianowicie od apomorfinu, albowiem po użyciu nawet bardzo małych dawek morfinu w proszku lub w roztworze świeżo sporządzonym występują u niektórych chorych wymioty. Zgadza się jednak, że dobrze jest roztwór morfinu zawsze *ex tempore* zapisywać. Co do amylnitritu, to chociaż, jak kol. Widmann podał, Anglicy używają go z dobrym skutkiem, nawet przy rozszerzeniu aorty, prelegent odradzałby użycia tego środka, gdy się jest pewnym zmian miażdżycowych w naczyniach mózgu i opon. W dodatku do uwag koledze Schaitterowi przez kol. Widmanna poczynionych, oświadcza prelegent, że rzadko przy sekcyjach widział erozyje na błonie śluzowéj żołądka, mimo że chloral w większych dawkach i przez dłuższy czas chorym podawano, jako téż że objawy chorobowe ze strony żołądka po użyciu chloralu rzadko dają się postrzegać. Prelegent nadmienia daléj, że w zapaleniu opon mozgowych (jak w przypadku przez kol. Schaittera przytoczonym) często prócz przekrwienia, wynaczynionek i nadżerków błony śluzowéj żołądka (w skutek gwałtownych wymiotów) spotyka się także przekrwienia i w innych organach (płucach, nerkach, wątrobie itd.), a to w skutek zmian porażennych w naczyniach krwionośnych, jakie często spostrzega się w zapaleniu opon mózgowych lub mózgu (smugi Trousseaua, odleżyny na skórze itp.) Nadżerki na błonie śluzowéj żołądka możeby się dały porównać z odleżynami na skórze, mianowicie w skutek mechanicznego działania pewnych pokarmów na chorobowo zmienioną błonę śluzową. Kol. Piskowi odpowiada, że *hyoscinum hydrojodatum* jest najdzielniejszym środkiem rozszerzającym źrenicę, mocniejszym od atropinu i duboisynu, nasennych własności jednakże nie posiada

Co do używania *Trae opii* lub *Opii puri*, nie zaś alkaloidu makowca, oświadcza prelegent, że psychiatrzy, pomimo zdania Rossbacha i Nothnagla, z umysłu używają *Opium purum* lub *Tra opii*, aby osiągnąć skutki wszystkich alkaloidów makowca, nie zaś samego tylko morfinu, którego działanie dosyć różni się od działania makowca. Jako przykład przytacza, że makowiec działa przeciw objawom alkoholizmu, a morfinizm wywołuje podobne objawy. Ponieważ kol. Pisek przypomniał, że przed paru laty czytał w Przeglądzie o chloralu, jako środku korzystnie działającym przeciw wrzodom przewodu pokarmowego (nawet *ulcus rotundum ventriculi*), daléj przeciw wrzodom podudzia, przeto nadmienia prelegent, że wyliczając przeciwwskazania do użycia chloralu, przytoczył wprawdzie sprawy ostre zapalne przewodu pokarmowego i krtani, że jednak przy wrzodach przewłocznych, słabą tendencyję gojenia się okazujących, chloral użyty wywolując przekrwienie, gojenie się przyspieszyć może, tak że nawet we wrzodach dziurawiących żołądek zalecano ten środek. Na wrzody podudzia zaś działa chłoral zapewne jako środek dezinfekcyjny. Na uwagi kolegów Ziembickiego i Jany oświadcza zgodnie z kol. Piskiem, że działanie nasenne nadzwyczaj małych, homeopatycznych prawie, dawek morfinu, należy złożyć zapewne na karb wpływów psychicznych, zwłaszcza fantazyi odgrywającéj, jak wiadomo, wielką rolę u kobiet (zwłaszcza histerycznych) i u dzieci. A że przy zasypianiu odgrywa i wyobraźnia wielką rolę, dowodzą doświadczenia hypnotyzowania, magnetyzowania i t. d., które najlepiéj udają się na histeryczkach, daléj wstrzykiwania podskórne z dobrym skutkiem wodą destylowaną i t. p.

Przewodniczący kol. Merunowicz robi uwagi, że prelegent wyliczając przeciwwskazania użycia chloralu nie przytoczył innych chorób, tylko choroby krtani, i nie wspomniał nic o doświadczeniach Owsiannikowa w pracowni Ludwiga z chloralem czynionych, które wykazały, że dawka trująca chloralu tak działa, jak przecięcie rdzenia przedłużonego, to jest, że poraża naczynia, a więc że przyspiesza wytwarzanie się odleżyn zgorzelinowych. Daléj robi przewodniczący uwagę, że Langreiter z Daldorfu pod Berlinem, zdając sprawę z tamtejszego zakładu dla obłąkanych, przemawia raczéj za używaniem paraldehydu i acetalu niż chloralu, albowiem paraldehyd i acetal wieczorem podawany wywołuje sen 90 razy na 100, a w dzień podawany sprawia skutek pożądany 60 razy na 100, a więc skutek znakomity i pewny; tymczasem prelegent nie wysnuł takich wniosków ale raczéj wprost przeciwne, bo za chloralem przemawiające — a przeciw paraldehydowi i jego użyciu, według przytoczonego zaś autora przeciw używaniu paraldehydu i acetalu przemawia chyba tylko ich przykry smak.

Kol. Laskiewicz powołując się na to, co już pierwéj przytoczył, oświadcza, że chloralowi wielkiego wpływu na powstawanie odleżyn przypisać nie można, albowiem w przypadkach porażenia mózgowego, szczególnie zaś rdzeniowego, odleżyny zawsze prawie po dłuższém trwaniu choroby wtedy się rozwijają, gdy porażenie dochodzi wyższego stopnia, i gdy ośrodki nerwów naczynioruchowych sprawą chorobową są zajęte, chociaż chorzy chloralu wcale nie zażywali. Porażenie więc mniejsze lub większe wymienionego ośrodka i ciągłe zanieczyszczanie się chorych wpływa na powstawanie odleżyn i przejście ich w zgorzel, nie zaś użycie chloralu. Prelegent widział w Zakładzie Kulparkowskim, że przy dobrém odżywianiu, stósownėm układaniu chorych, częstém użyciu kąpieli nasiadowych, czystości, środkach dezinfekcyjnych miejscowych i ogólnych, nawet przy ciągłém używaniu dosyć znacznych dawek chloralu i rozległe odleżyny goiły się; co się jednak bardzo rzadko wydarza.

Następuje z porządku dziennego odczyt kol. Piska o leczeniu duru brzusznego. Ponieważ odczyt ten będzie w całości ogłoszony w Przeglądzie Lek., przeto przytacza się w streszczeniu tyle tylko, ile do zrozumienia dyskusyi jest potrzebném. Na początku omawia prelegent historyję leczenia tyfusu, wykazując, że tak kalomel jak i jod już po kilkakroć jako nowe środki swoiste przeciw tyfusowi zachwalano. Opisawszy dziś używane metody leczenia przechodzi prelegent do kry-

tycznéj oceny metody jodowéj, zalecanéj przez Dra Jeleńskiego (w pracy niedawno w Przeglądzie Lek. ogłoszonéj). Po kolei zastanawia się nad argumentami przez Dra J. na poparcie tego sposobu leczenia przytoczonemi, rozbiera historyje chorób wykazując, że sposób ten nie jest ściśle odrębném postępowaniem, lecz mającém wiele wspólnego z antipyrezą powszechnie używaną, wykazuje niepewność statystyki na takiéj metodzie opartéj, i przytacza względy teoretyczne i praktyczne, przemawiające przeciw metodzie jodowéj, a na korzyść dotychczas używanych sposobów leczniczych. Prelegent zwraca uwagę na piękną pracę Dra Jeleńskiego, która mu dała powód do wystąpienia w kwestyi leczenia tyfusu, bo praca ta zasługuje na poważną ocenę ze strony kolegów.

Dyskusyję odroczono do następnego posiedzenia, kol. Widmann tylko zauważył, że prelegent wyliczając nowsze sposoby leczenia tyfusu brzusznego przeoczył metodę leczniczą zalecaną przez pewnego lekarza rosyjskiego, który radzi trzymać chorego w chłodnym pokoju i robić nacierania suche całego ciała.

Dr. Wiktor.

VI. O trądzie.

Wykład prof. Mikulicza,
miany w Tow. lek krak. dnia 18 lutego 1885.
(Według stenogramu).

Panowie! Przedewszystkiém wytłumaczyć się muszę, dlaczego zabieram głos w sprawie nie dotykającéj bezpośrednio przedmiotu, którym się zajmuję. Skłaniają mnie do tego spostrzeżenia poczynione podczas zeszłorocznéj mojéj podróży do Norwegii, gdzie miałem sposobność z blizka przypatrzyć się téj u nas nie znanéj chorobie. W Bergen mianowicie zwiedziłem zakłady przeznaczone wyłącznie dla trędowatych, zakładów takich jest kilka w tym kraju a w nich nastręcza się sposobność dokładnego badania różnorodnych postaci trądu. Etyjologija téj choroby przedstawia pewne ciekawe strony; badania przedsiębrane w ostatnich czasach wykazały, że trąd stoi bardzo blisko chorób aż nadto dobrze znanych u nas, mianowicie kiły i gruźlicy; dla tego nie od rzeczy będzie zastanowić się nieco nad têm, co dzisiaj wiemy o istocie jego.

Nie mogę zajmować uwagi Panów omawianiem obszerném klinicznych objawów trądu, objawy te zlekka tylko naszkicuję. Trąd, jak wiadomo, jest sprawą zapalną z wielce chronicznym przebiegiem, lokalizującą się głównie w dwóch organach: w skórze i w nerwach. Dwie są przeto główne postacie téj choroby: 1. trąd skórny (*lepra cutanea*) i 2. trąd nerwów (*l. nervorum Virchow*); pierwszą postać nazywają także *l. tuberculosa, tuberosa, nodosa*, cechuje się ona naciekami w skórze podobnemi do guzów, rozmiaru grochu i większych. Pojawienie się tych guzów wyprzedza okres zwiastunowy, trwający rok lub nawet dłużéj; w okresie tym występują objawy nie wybitne, połączone ze stanem gorączkowym. Okres występowania choroby (*st. eruptionis*) rozpoczyna się wśród ukazywania się plam na skórze twarzy lub odnóg, z których się zwolna wytwarzają owe nacieki o konsystencyi twardéj, chrząstkowatéj, barwy sino- lub brunatno-czerwonéj. Oprócz skóry twarzy i odnóg, gdzie trąd najczęściéj występuje, bywają zajęte niekiedy i błona śluzowa w jamie ustnéj, nosowéj i krtani. Zmiany te nie pojawiają się nigdy na skórze głowy wlosami porosłéj i na żołędzi prącia, wręcz przeciwnie jak w kile, która z upodobaniem tego miejsca się czepia. Guzy powstające w skórze odznaczają się z początku przeczulicą, późniéj znieczuleniem; szerzą się zlewając z naciekami sąsiedniemi, zajmują coraz to większe przestrzenie skóry, wreszcie wszystko zamienia się w jednolitą masę twardą. Masa ta na kształt skorupy obejmuje czasem większą część twarzy. Sprawa w tym okresie ma jakieś podobieństwo do *rhinoscleroma*. Jeżeli zajmuje spojówkę i rogówkę, może przyjść do przebicia rogówki, owrzodzeń bez tendencyi do zagojenia i kończy się zniszczeniem całéj gałki ocznéj. Na błonach śluzowych jamy ust, przełyku i krtani ma doniosle znaczenie, raz z powodu upośledzenia czynności tych narządów, powtóre z powodu sprowadzania cieśni krtaniowéj i zagrażania tym sposobem wprost życiu chorego.

Guzy w skórze istnieć mogą lat kilka bez występowania nacieków opisanych. Nie przychodzi do owrzodzeń dobrowolnych; jeżeli się widzi otarcia lub powierzchowne wrzody na guzach w twarzy lub rękach, powstanie ich należy położyć na karb zewnętrznych mechanicznych przyczyn. Nacieki guzowate w skórze znikają czasem a pozostają czasem po nich blizny brunatno zabarwione; zazwyczaj jednak następuje opisane powyżéj zlewanie się nacieków, które daje powód do znacznych zniekształtnień. Zniekształtnienia te w niektórych miejscach, np. w nosie, gdzie następuje zupełne zniszczenie chrząstek i utrata nosa, bardzo bywają podobne do wywołanych przez kiłę. Z tkanin gruczołowych ulegają sprawie chorobowéj gruczoły podszczękowe; prawie zawsze i jądra są zajęte i późniéj ulegają zanikowi. Narządy wewnętrzne nie bywają siedliskiem zmian trądowi właściwych; w związku z têm stoi okoliczność, że stan ogólny tych chorych bywa względnie prawidłowy a nacieki w skórze podobne do nowotworowych mają znaczenie tylko miejscowe. Ośrodki nerwowe omija również sprawa trądowa, stan umysłowy tych chorych jest zupełnie prawidłowy, jakkolwiek, zwłaszcza w późniejszych okresach, mają oni wejrzenie głupkowate z powodu zmian na twarzy.

Drugą postacią trądu skórnego jest t. zw. trąd plamisty, *lepra maculosa*. Zmiany polegają na tworzeniu się na skórze plam czerwono brunatnych, szerzących się w obwodzie a ustępujących w środku, gdzie powstaje blizna barwna. Co do téj postaci trądu zdania autorów są podzielone. Hansen, główny badacz trądu, twierdzi że *l. maculosa* jest pierwotną chorobą skóry. Inni zaś autorowie uważają te zmiany skóry za troficzne, w następstwie pierwotnych zmian w pniach nerwowych, a zatém jako następstwo drugiéj głównéj formy téj choroby, t. j. *lepra nervorum*. Postać trądu nerwowa, dawniéj nazywana *lepra anaesthetica*, jest zapaleniem nerwów przewlekłém. W początku choroby powstają bóle podobne do gośćcowych, stan gorączkowy, a nerwy zajęte sprawą chorobową można przez skórę wyczuć jako postronki twarde, bolesne. W tym okresie istnieje znaczna przeczulica, później występuje znieczulenie i rozległe porażenie odpowiednich mięśni. Chorzy ci znajdują się ostatecznie w znacznie opłakańszém położeniu aniżeli dotknięci trądem skórnym, u nich bowiem rozległe porażenia upośledzają a późniéj znoszą zupełnie możność zajmowania się czémkolwiek, możność chodzenia a i funkcyje wegetatywne bywają w skutek tych porażeń znacznie upośledzone. Ci chorzy stanowią znaczny kontyngens zakładów w Norwegii nie jako przedmioty leczenia, lecz tylko jako przedmiot troskliwéj opieki i miłosierdzia Na tle zmian w nerwach występują zmiany troficzne w skórze, owrzodzenia uporczywe, jakotéż głębsze zapalenie tkanki podskórnéj. Jako typiczne zmiany tego rodzaju trzeba uważać objawy, dawniéj jako osobne formy trądu uważane: *lepra bullosa* lub *pemphigus leprosus*,

i *lepra mutilans*, która to ostatnia przedstawia zmiany najciekawsze. Na palcach rąk np. wywołuje owrzodzenia głębokie, prowadzące do utraty falang palców, całych palców a nawet części rąk, tak jak to bywa po odmrożeniu. Często dosyć napotyka się postacie mięszane tej choroby, to jednak zauważyć można, że w pewnych okolicach lub krajach przeważa pewna postać tej choroby, tak np. w Norwegii napotyka się najczęściej trąd guzowaty, w Indyjach trąd znieczulający.

O przebiegu i rokowaniu w trądzie tyle można powiedzieć, że pierwszy jest nader przewlekły i kończy się zawsze śmiercią. Przypadek wyleczenia trędowatego nie jest znany; trafnie jednak spostrzeżono, że w krajach, gdzie trąd od niedawna istnieje, miewa on przebieg krótszy, przeciwnie ma się rzecz, jeżeli dawniej istnieje. W Norwegii np., gdzie trąd panuje już od wieków, przebieg od pierwszych objawów aż do śmierci chorego trwa 15 do 25 lat, na wyspach Sandwich, dokąd się dostał dopiero w ostatnim dziesiątku lat, tylko 3—5 lat. Śmierć nie następuje bezpośrednio w skutek samej sprawy chorobowej, najczęściej z powodu innych chorób przyłączających się, jak w skutek suchot płuc, zapalenia przewlekłego nerek, długotrwałej biegunki, które kładą kres długoletnim męczarniom tych pożałowania godnych chorych, jeżeli wcześniej nie ulegli pośrednim następstwom choroby, np. w skutek zwężenia krtani lub przedwczesnego wiądu. W Indyjach nastaje śmierć z takich pośrednich następstw trądu w 38% wszystkich przypadków według obliczenia Hillisa.

Badanie anatomiczne tworów powstających na tle trądu wykazało, że nacieki tak w skórze jakoteż w nerwach składają się z komórek okrągłych w przecięciu rozmiarów białych ciałek krwi. Oprócz tych komórek widać zawsze i komórki znacznie większe, bo 2 lub 3 i więcej razy większe niż białe ciałka krwi. Te wielkie komórki mają znaczenie z tego powodu, że w ich wnętrzu napotyka się przedewszystkiem prątki stanowiące przyrzut trądu. Prątki te wykrył już w roku 1872 Armauer Hansen, zbadał je dokładniej i opisał Neisser we Wrocławiu w r. 1879. Bez względu na okolicę ciała i tkankę, wśród której nacieki się rozwijają, przedstawiają komórki tych nacieków te same właściwości. Prątki trądowe są bardzo podobne do gruźliczych, w takim stopniu, że w niektórych preparatach prawie nie podobna odróżnić je od siebie; są to laseczki cieniutkie mające długości $^{1}/_{4}$ lub $^{1}/_{4}$ średnicy ciałka krwi czerwonego. Zazwyczaj zawierają zarodniki, czasem dwa lub więcej. Jest jednak pewna własność, którą różnią się od wszelkich innych podobnych prątków, a tą jest przedewszystkiem ich ruchliwość w stanie wolnym. Ta ich własność posłużyła Hansenowi do ich wykrycia w Bergen i to już wtedy, gdy metody ulepszone, polegające na barwieniu, nie były jeszcze znane. Według metod Kocha i Weigerta zbadał je dopiero Neisser. I względem barwików zachowują się one nieco odmiennie od prątków gruźliczych, odmienne również jest ich zachowanie względem komórek. Owe duże komórki są zazwyczaj wypełnione tak znaczną ilością prątków, iż je nawet odróżnić trudno, czasem można je widzieć ułożone w snopki albo wiązki, podobnie jak prątki gruźlicze. Wykazać je można we wszystkich narządach, a nawet we krwi spostrzegł je Köbner, tak jak Weichselbaum prątki gruźlicze we krwi osób dotkniętych gruźlicą ostrą. Mimo różnic między prątkami trądu a prątkami kiłowemi nie da się zaprzeczyć, że istnieje wielkie pokrewieństwo między niemi a niemniej i temi, które wykrył w *rhinoscleroma* Frisch przed paru laty. I pręciki, niedawno wykryte w kile przez Lustgartena w Wiedniu, zdają się być im pokrewne. Z tego wynika, że chociażby nawet zaraźliwość trądu nie była znaną od wieków i chociażby jej nie zdołano stwierdzić w poszczególnych przypadkach, już przez analogiję z innemi sprawami tego rodzaju a mianowicie z kiłą i gruźlicą należy przypuścić zaraźliwość tej zmiany chorobowej. Że szczepienie na zwierzętach przedsiębrane przez Hansena i Neissera nie odniosły rezultatu, tak jak to się udało po szczepieniu gruźlicy, to jeszcze niczego nie dowodzi, bo przecież i kiły nie udało się dotąd zaszczepić zwierzęciu a zaraźliwości kiły nikt zapewne nie poda w wątpliwość. Zwierzęta bowiem do trądu tak mało są skłonne jak do kiły. Hansen starał się szczczepić trąd ludziom, zanim jednak zdołał dojść do pewnego rezultatu, rząd norwegski wytoczył mu za to proces i usunął go ze stanowiska dotąd zajmowanego w zakładzie dla trędowatych w Bergen. Czyste hodowle *(Reinculturen)* prątka trądowego otrzymali Neisser i Hansen na gelatynie.

W etyjologii trądu wywiera płeć i wiek tylko nie wielki wpływ. Częściej się zdarza u mężczyzn aniżeli u kobiet, a nie wykazano dotąd żadnego wpływu dziedziczności. Zmiany właściwe trądowi pojawiają się najczęściej po 20 roku życia, rzadziej pomiędzy 10 a 20, nader rzadko jeszcze wcześniej a u noworodków trąd nigdy nie występuje. Okoliczność ta, jak niemniej to, że okres wylęgania trwa bardzo długo, utrudniają nadzwyczaj zbadanie etyjologii tej choroby. Prawdopodobnie zachodzą tutaj podobne stosunki jak w gruźlicy: główną rolę gra infekcyja, potrzeba jednak pewnego usposobienia osobniczego. Na czem ono polega, nie wiadomo. Historyja trądu, jego występowanie i znikanie w Europie w wiekach średnich, przemawiają stanowczo za zaraźliwością. Starożytni żydzi i egipcyjanie oddzielali już trędowatych od reszty społeczeństwa. Trąd pojawił się w starożytnej Grecyi i w Italii około narodzenia Chrystusa; później zwolna rozszerzył się po sąsiednich krajach a w skutek wypraw krzyżowych ogarnął całą Europę dostawszy się tutaj wprost ze wschodu. Taki stan rzeczy był w wieku 12 i 13ym; liczono wówczas 19.000 zakładów do pielęgnowania trędowatych a zakon św. Łazarza miał sobie poruczone pielęgnowanie tych chorych. Z końcem 16 wieku zaczął trąd znikać w Europie a miejsce jego zajęła kiła. Bez wątpienia znikanie trądu położyć należy na karb ostrych środków, które zastosowano, a mianowicie oddzielenie chorych od reszty ludzi. Do Ameryki dostał się trąd, a nabytek ten zawdzięcza nowoodkryta część świata portugalczykom i innym kolonizatorom. Z całej Europy obecnie tylko w okolicy Bergen w Norwegii jest trąd tak częstym, jak w niektórych pozaeuropejskich krajach, jak np. w Chinach, Indyjach wschodnich i Brazylii; w innych krajach europejskich, jak w Hiszpanii i w Turcyi, panuje w małym tylko stopniu.

Pouczającym jest rozwój epidemii trądu na wyspach Sandwich. Do roku 1859 nie było tam ani jednego trędowatego. W tym roku przywieźli trąd dwaj chińczycy, odtąd zaczął się tak szerzyć, że w roku 1881, a więc w lat 22, 10% ludności tych wysp było dotkniętych trądem. Fakt ten niewątpliwie dowodzi zaraźliwości trądu.

Jak skutecznem jest odosobnienie chorych, świadczy statystyka zebrana w Norwegii w ostatnich dziesiątkach lat. W kraju tym pozostają trędowaci pod szczególniejszą opieką rządu, który za pomocą osobnej komisyi stara się o sporządzenie dokładnego wykazu trędowatych. Komisyja skła-

da się z lekarza naczelnego i kilku podwładnych, którzy objeżdżają dotknięte okręgi, od czasu do czasu dowiadują się o trędowatych, pośrednicząc równocześnie w przenoszeniu odpowiednich przypadków do zakładów. Chorzy ze zmianami w okresach początkowych pozostają przez lat kilka przy rodzinie, dopiero w późniejszych okresach albo gdy występują owrzodzenia, więc gdy niebezpieczeństwo zarażenia innych zagraża, przenosi ich się do zakładów, których jest 3 w Bergen, a po jednym w Molde i w Drontheim. W tych zakładach liczba trędowatych wynosi obecnie 553 osób.

W roku 1856 było w Norwegii trędowatych 2871, w roku 1882 liczba ich była już o połowę prawie mniejszą, bo tylko 1443. Jak wspomniano, w zakładach tych podrzędną rolę gra leczenie, wszystkie środki doświadczone okazały się bezskutecznemi, to też zaniechano obecnie wszelkich prób i nieużytecznego męczenia chorych. Zadaniem lekarzy w tych zakładach jest niesienie ulgi symptomatycznie, głównie rozchodzi się tutaj o pielęgnowanie i leczenie przypadkowych chorób. Litość i podziw zarazem budzi widok tych nieszczęśliwych, którzy pomimo kalectw rwą się chętnie do pracy, aby nie oddać się zupełnemu próżniactwu. Kobiety z pokrzywionemi i sztywnemi palcami przędą, szyją a zwłaszcza tkają sita rybackie. Jedném słowem opłakany jest los tych ludzi a nam cieszyć się wypada, że obok innych klęsk różnego rodzaju nie znamy przynajmniéj klęski trądu.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie statystyczno-naukowe ruchu chorych w oddziale chorób wewnętrznych I, lit. A, za rok 1883 w szpitalu św Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

II. Zapalenie płuc.

Przypadków zapalenia płuc bylo 135; z liczby téj przypada 96 na mężczyzn a 39 na kobiety. Miesięczny przybytek chorych jakotéż śmiertelność przedstawiały się jak następuje:

w styczniu przybyło	14 m.	10 k.	= 24	a umarło 2 m.	4 k.	= 6
w lutym . . . „ . .	8 „	8 „	„ 16	. „ . . 1 „	1 „	„ 2
w marcu . . . „ . .	9 „	3 „	„ 12	. . „ . . 4 „	1 „	„ 5
w kwietniu . . „ . .	10 „	8 „	„ 18	. . „ . . 4 „	2 „	„ 6
w maju . . . „ . .	17 „	3 „	„ 20	. . „ . . 1 „	— „	„ 1
w czerwcu . . „ . .	6 „	3 „	„ 9	. . „ . . 1 „	3 „	„ 4
w lipcu . . . „ . .	6 „	— „	„ 6	. . „ . . — „	— „	„ —
w sierpniu . . „ . .	4 „	3 „	„ 7	. . „ . . 1 „	— „	„ 1
we wrześniu . „ . .	4 „	— „	„ 4	. . „ . . — „	— „	„ —
w październiku „ . .	7 „	— „	„ 7	. . „ . . 3 „	— „	„ 3
w listopadzie „ . .	4 „	1 „	„ 5	. . „ . . 2 „	— „	„ 2
w grudniu . . „ . .	7 „	— „	„ 7	. . „ . . — „	— „	„ —
Razem przybyło	96 „	39 „	„ 135	. . „ . 19 „	11 „	„ 30

Opuściło przeto zakład wyleczonych 77 mężczyzn, 28 kobiet=105, czyli biorąc procentowo było wyleczonych 77·77 %, a umarło 22·23%.

III. Zapalenie opłucny.

Przypadków zapalenia opłucny było 54, z tego przypada 39 na mężczyzn a 15 kobiet; z tych opuściło zakład:

wyleczonych	30 m.	11 k.	= 41	czyli 75·93%
z polepszeniem	3 „ .	— „	„ . 3 .	„ . 5·55%
umarło	6 „ .	. 4 „	„ 10 .	„ . 18·52%

Powikłania były 3 razy z zapaleniem miąższowém nerek, 2 razy z wadą sercową, 4 razy z gruźlicą płuc, a 3 razy z reumatyzmem stawowym. Co do umiejscowienia zapalenia opłucny to na wszystkich 54 przypadków było 30 razy po stronie prawéj, 21 razy po stronie lewéj i 3 razy obustronnie.

IV. Zap. gośćcowe stawów.

Przypadków gośćca stawowego było 37, z tego 15 mężczyzn a 22 kobiet.

Przybytek i ubytek chorych miesięczny był następujący:

w styczniu przybyło	. 1 m.	. 6 k.	= 7	wyszło wyl. 1 m.	4 k.	= 5
w lutym . . „ . .	. 2 „	. 3 „	„ 5	. . „ . . 1 „	1 „	„ 2
w marcu . . „ . .	— „	— „	„ —	. . „ . . 1 „	2 „	„ 3
w kwietniu . „ . .	. 1 „	— „	„ 1	. . „ . . 1 „	1 „	„ 2
w maju . . „ . .	. 1 „	. 3 „	„ 4	. . „ . . 1 „	2 „	„ 3
w czerwcu . „ . .	. 1 „	. 3 „	„ 4	. . „ . . — „	3 „	„ 3
w lipcu	. 2 „	— „	„ 2	. . „ . . 2 „	1 „	„ 3
w sierpniu . „ . .	. 2 „	. 3 „	„ 5	. . „ . . 2 „	2 „	„ 4
we wrześniu . „ . .	. 1 „	. 1 „	„ 2	. . „ . . 2 „	2 „	„ 4
w październiku „ . .	. 1 „	— „	„ 1	. . „ . . — „	— „	„ —
w listopadzie „ . .	— „	. 1 „	„ 1	. . „ . . 1 „	— „	„ 1
w grudniu . „ . .	. 3 „	. 2 „	„ 5	. . „ . . 3 „	3 „	„ 6
Razem przybyło	15 „	22 „	„ 37	. . „ . . 15 „	21 „	„ 36

Z 36 opuszczających zakład wyszło 11 mężczyzn zupełnie wyleczonych a 4 mężczyzn z polepszeniem, 15 kobiet zupełnie wyleczonych a 6 kobiet z polepszeniem; na 37 przypadków było w jednym przypadku zejście śmiertelne a sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci *endocarditis ulcerosa acuta*. Powikłania, jakie w téj chorobie obserwowano, były następujące 3 przypadki powikłane z zapaleniem śród- i osierdzia, 8 przypadków z zapaleniem śródsierdzia, 5 z zapaleniem osierdzia, 2 przypadki ze zapaleniem opłucny.

V. Nieżyt żołądka i jelit.

Przypadków chorób przewodu pokarmowego było 58, z tych 33 mężczyzn a 25 kobiet.

Przybytek i ubytek chorych miesięczny był następujący:

w styczniu przybyło .	2 m.	. 3 k.	= 5	. ubyło . 2 m.	. 1 k.	= 3
w lutym . . . „ . .	5 „	. 3 „	„ 8	. . „ . 3 „	. 1 „	„ 4
w marcu . . „ . .	3 „	. 3 „	„ 6	. . „ . 1 „	. 5 „	„ 6
w kwietniu . . „ . .	1 „	. 1 „	„ 2	. . „ . 2 „	. 2 „	„ 4
w maju . . . „ . .	3 „	. 4 „	„ 7	. . „ . 1 „	. 3 „	„ 4
w czerwcu . . „ . .	5 „	. 5 „	„ 10	. . „ . 5 „	. 5 „	„ 10
w lipcu . . . „ . .	5 „	. 1 „	„ 6	. . „ . 2 „	. 1 „	„ 3
w sierpniu . . „ . .	3 „	. 2 „	„ 5	. . „ . 2 „	— „	„ 2
we wrześniu . „ . .	1 „	— „	„ 1	. . „ . 2 „	. 1 „	„ 3
w październiku „ . .	2 „	. 2 „	„ 4	. . „ . 2 „	. 1 „	„ 3
w listopadzie . „ . .	2 „	— „	„ 2	. . „ . 2 „	. 1 „	„ 3
w grudniu . . „ . .	1 „	. 1 „	„ 2	. . „ . 2 „	— „	„ 2
Razem przybyło	33 „	25 „	„ 58	. . „ 26 „	21 „	„ 47

Neuralgia nervi trigemini dextri (rami infraorbitalis) intercurrente typho abdominali.

W końcu pozwolę sobie streścić jeden przypadek nerwobólu nerwu podoczodołowego prawego, bardzo długo trwającego i bardzo uporczywego, leczonego na oddziale I A., z wynikiem bardzo dobrym. Dnia 14 września 1883 przyjętą została na oddział chora Ł. G., która od lat kilku cierpiała na bardzo uporczywy nerwoból w prawéj połowie twarzy i była w tym przeciągu czasu leczoną wszystkiemi możliwemi środkami w tym celu używanemi. Napady w ciągu ostatnich miesięcy były coraz częstsze a ostatniemi tygodniami ponawiały się nawet kilkakrotnie na dobę, tak, że chora nocy całe bezsennie przepędzała; do powyższego cierpienia przyłączyło się od 2 tygodni uczucie trwogi i lęku; nadto występować miały także drgawki rozpoczynające się od odnóg dolnych i posuwające się stopniowo ku górze. Dnia 14go września 1884 stwierdzono następujący stan obecny: Kobieta około lat 50 liczyć mogąca, dobrze zbudowana, miernie odżywiona; skóra blada o wiotkiéj podściółce tłuszczowéj; policzek prawy lekko obrzękły, zaczerwieniony; przy uciskaniu nerwu podoczodołowego prawego występuje silny nerwoból, ból ten pojawia się także przy rozpoczęciu mówienia, chociażby najciszéj, jakotéż przy najlżejszém poruszeniu głowy. Język mułowato obłożony. Badanie płuc nie wykazuje żadnego zboczenia. Rozmiary stłumienia serca prawidłowe; uderzenie koniuszkowe widzialne i macalne w 5 międzyżebrzu w linii sutkowéj; tony czyste, uderzeń 92 na minutę. Brzuch miernie wzdęty, kiszki miernie kałem wypełnione. Wątroba niepowiększona; śledziona sięga od 9 żebra do łuku żebrowego, przy głębokim wdechu macalna. Stwierdzono bezsenność i silne rozdrażnienie nerwowe. Zalecono tedy na noc łyżkę rozczynu chloralu (5 : 100) jako leku nasennego a nadto rozczynu *Kali bromati* (5 : 200) 2 łyżki dziennie. Od 15/9 do 19/9 bóle były nieco tylko mniejsze, sen spokojniejszy a twarz cokolwiek wyklęsła; 19/9 zalecono maść weratrynowo-morfinową do wcierania w obszarze zajętego nerwu, lecz że bóle silniéj wystąpiły, przeto 20/9 usunięto tę maść

a zastąpiono ją maścią morfinową. Od 20/9 do 2/10 bóle były naprzemian to nader silne to znów słabsze; 3/10 dostała chora silnych dreszczów i gorączki (39·7) obok silnych bólów głowy, nudności, odbijania i ogólnego niedomagania; w ciągu ostatnich dni w obec gorączki i właściwych innych przypadków stwierdzono dur brzuszny; w ciągu trwania jego, t. j. od 3/10 do 25/10 nerwoból tylko dwa razy pojawił się i to z daleko słabszém nasileniem. Po stwierdzeniu duru brzusznego usunięto *Kali bromatum* a zastosowano leczenie odpowiednie do objawów durzycy. 26/10, napad nerwobólu był bardzo silny; zalecono ponownie maść morfinową do wcierania i 3 proszki morfinowe dziennie *Kali bromati* 2 łyżki dziennie, od 26/10 do 5/11 bóle wciąż się ponawiały i były naprzemian to bardzo silne to znów słabsze, lecz tak częste i tak chorą osłabiające, iż ją namawiać zaczęto do poddania się wycięciu kawałka nerwu. Przed ostatecznćm jednakże zadecydowaniem operacyi postanowiono jeszcze użyć azotanu akonitynowego krystalicznego Duquesnela; 6/11 usunąwszy zatém wszystkie inne leki przepisano: *Rp. Aconitini nitrici crystall. Duquesnel. 0·005 Pulv. et extr. gent. āā q. s. f. pill. Nr. XX, S.* 4 do 8 pigułek dziennie i zalecono na początek używać tylko 4 razy dnia po jednéj pigułce; 7/11 ponowił się napad nieco słabszy; od 7/11 do 11/11 nie było wcale napadu; 12/11 pojawił się nieznaczny ból klujący w prawéj połowie twarzy potęgujący się za uciśnięciem nerwu; 13/11 wystąpiły przypady lekkiego zatrucia akonitynem (uczucie kurczowego ściągania w mięśniach twarzy a przeważnie koło ust i oczu i kłucie w języku). Usunięto przeto na 2 dni pigułki. 15/11 przypady zatrucia ustąpiły, polecono przeto daléj pigułki akonitynowe w zwiększonéj dawce, a mianowicie 2 razy dnia po 4 pigułki, t. j. do 2 miligramów dziennie czyli do największéj możebnéj dawki; do 22/11 ordynacyja ta sama, bez występowania objawów zatrucia; bóle twarzy nie pojawiły się więcéj; 23/11 usunięto pigułki a kiedy do 30/11 nerwobóle się nie ponowiły, wypuszczono chorą jako wyleczoną z tém nadmienieniem, aby jeszcze w tym roku, t. j. do końca grudnia, zgłosiła się, gdyby się bóle ponowiły; rekonwalescentka nie zgłosiła się, nie ma zatém najmniejszéj wątpliwości, że cierpienie powyższe zupełnie ustąpiło; w tym przeto przypadku działanie azotanu akonitynu krystalicznego Duquesnela uwieńczone zostało bardzo dobrym skutkiem. *Dr. Balicki.*

Liczba uczniów medycyny w uniwersytetach austryjackich, niemieckich i francuskich w roku bieżącym wynosi: w Paryżu 4.544, w Wiedniu 2.455, w Berlinie 924, w Monachijum 889, w Würzburgu 744, w Lipsku 608, w Pradze w Wydziale czeskim 598, w Gryfii 450, we Wrocławiu 421, w Pradze w Wydz. niem. 415, w Fryburgu 380, w Krakowie 343, w Gracu 307, w Bonnie 289, w Hali 282, w Heidelbergu i Królewcu po 267, w Lyonie 249, w Tübindze 224, w Bordeaux 213, w Marburgu 210, w Strasburgu 191, w Getyndze 189, w Erlandze 188, w Kielu 175, w Montpellier 168, w Jenie 162, w Insbruku 150, w Giessen 148, w Lille 118, w Nancy 84, w Rostoku 71.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,6. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 1—7 marca ospa w Londynie złagodniała. Umarło 16, leczyło się w szpitalach 1083, świeżo zapadło 113. Z ospy umarło w Warszawie, Genewie, Birmingham, Pradze i Aleksandryi po 1, w Bazylei, Liwerpolu, Manchester po 2, w Petersburgu 3, w Paryżu i Odesie po 5, w Wenecyi 6, w Rzymie 7, w Tryjeście 9, w Wiedniu 16. Z duru osutkowego umarło po 1 w Warszawie i Petersburgu. W Kalkucie umarło z cholery od 11—17 stycznia 15, w Bombayu (od 25—31 stycznia) 3, w Madrasie (od 24—30 stycznia) 16.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,8; w Warszawie 28,3; w Poznaniu 27,5: w Wiedniu 33,4; w Pradze 31,9; w Tryjeście 32,2; w Berlinie 24,1; w Wrocławiu 29,3; w Hamburgu 22,3; w Gdańsku 28,8; w Mnichowie 34,1; w Dreźnie 26,9; w Lipsku 23,4; w Bazylei 23,4; w Brukseli 32,4; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 32,1; w Paryżu 25,6; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 24,7; w Stokholmie 34,2; w Chrystyjanii 24,8; w Petersburgu 33,9; w Odesie 31,6; w Rzymie 29,5; w Wenecyi 34,3; w Bukareszcie 28,9; w Aleksandryi 47,0; w Nowym Yorku 29,8; w Filadelfii 24,6; w Bombayu 26,2; w Madrasie 53,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 117.258 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W X tygodniu od 1—7 marca rb. zmarło 98 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 43,5. W tym czasie zmarło 12 osób z ospy, 2 z błonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 2 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 kwietnia. Z listu prywatnego, otrzymanego od kol. prof. Mikulicza, wyjmujemy ustęp, odnoszący się do zakładów uniwersyteckich w Budapeszcie i Gracu.

„Zachwycony byłem zakładami w Peszcie i nie żałuję, że tam trzy dni zabawiłem. Oprócz klinik uniwersyteckich, urządzonych ogromnym kosztem, zwiedziłem nowy szpital dla dzieci, prześliczny i wzorowy, nowy szpital miejski o sześciu dużych pawilonach i nowy szpital Krzyża czerwonego, przeznaczony i urządzony już na 800(!) rannych i chorych w razie wojny. Rzeczywiście zazdrościć musimy kolegom węgierskim, bo tam krocie dostają na jeden zakład, podczas gdy u nas nie ma tyle na wszystkie zakłady. W Gracu zakłady dla przedmiotów teoretycznych są ładne i obok praskich niezawodnie najlepsze w całéj Austryi; kliniki zaś nędzne, chociaż zawsze jeszcze idealne w porównaniu z naszemi. Inżynijer p. Sare bada zakłady w Wiedniu, a zjadę się z nim w Monachijum.“

W Budapeszcie przyjęto prof. Mikulicza w sposób nadzwyczaj serdeczny; przy oglądaniu zakładów towarzyszył mu ciągle jeden z profesorów lub asystentów. Przy wejściu na wykład prof. Lumniczera studenci przywitali gościa głośném „eljen,“ następnie podejmowano go ucztą, przedstawiono mu przypadki leczone z dobrym skutkiem według jego metody itd.

* Otrzymaliśmy Sprawozdanie fizykatu stoł. król. m. Krakowa za r. 1883, ułożone przez fizyka miejskiego Dra Buszka. Jestto spory i pokaźny tom, który już z tego powodu stanąć może godnie obok podobnych sprawozdań, ogłoszonych przez fizyków miast pierwszorzędnych europejskich, a ponieważ w Krakowie po raz pierwszy sprawozdanie podobne pojawia się, pomówimy o niém nieco obszerniéj w jednym z następnych numerów.

Równocześnie doszło nas XII Sprawozdanie Komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie za r. 1884 (w 8ce str. 35). W roku tym Towarzystwo liczyło członków 132, dochód wynosił 17.645 zła. a rozchód 15.269 zła. Leczono dzieci 894, z których uleczono 502, zmarło 237, nieuleczonych 155.—Z końcem roku ustąpił z posady pierwszego sekundaryjusza Dr. Rosenblatt i otrzymał podziękowanie za gorliwe i wzorowe pełnienie obowiązków; miejsce jego zajął Dr. Stanisław Koy, a drugim sekundaryjuszem zamianowano Dra Januszkiewicza.

Wilno. Towarzystwo lekarskie obchodzić będzie temi dniami rzadką uroczystość, bo 50-letni jubileusz najstarszego swego członka Dra Karola Gehlinga. Dr. G. liczy lat 82, jest lekarzem od lat 62, był uczniem uniwersytetu moskiewskiego i kolegą Pirogowa, aż do r. 1842, to jest aż do zamknięcia akademii lekarskiéj wileńskiéj był w téj szkole inspektorem młodzieży.

* **Praga czeska.** Założyciele nowego czasopisma lekarskiego czeskiego „Sbornik pro vědu lékařskou“ wybrali redaktorami tego pisma prof. Hlavę i doc. Thomayera, a członkami komitetu skarbowego proff. Maixnera, Janovskiego i Schöbla.

* **Wiedeń.** Prof. Auspitz w skutek zlecenia Rządu udał się do Dalmacyi, celem badania istoty i szerzenia się niemocy iliryjskiéj (*Scherljevo*).

Do komisyi, mającéj roztrząsać kwalifikacyje lekarzy wojskowych z powodu zbliżającego się awansu majowego, a obradującéj pod przewodnictwem szefa sekcyi jenerała Merkla, powołany został i nasz rodak Dr. Konstanty Heumann, krakowianin i wychowaniec naszego uniwersytetu, obecnie starszy lekarz sztabowy 1éj kl. i szef sanitarny w Budapeszcie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** W uniwersytecie otrzymali *veniam legendi* z histologii Dr. Kulczycki a z syfilidologii Dr. Poraj Koszyc, w Akademii zaś lekarskiéj habilitowali się Dr. Rosenbach dla chorób nerwowych, Dr.

Schapiro dla chorób wewnętrznych a Dr. Jerofejew dla chorób ocznych.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarzami starszymi w rezerwie mianowani zostali Drowie Witalis Majewski we Lwowie i Adam Sołowij przy 6ym pułku dragonów.

* **Nekrologija.** W Rzymie umarł Dr. Piotr Ripari w 83 roku życia; był on najstarszym z tysiąca, który wyruszył w r. 1860 pod wodzą Garibaldego na wyprawę sycylijską, a zarazem lekarz naczelny téj wyprawy. — W N. Yorku umarł Dr. Ludwik Elsberg, znany laryngolog, w Berlinie tajny radzca lekarski Dr. Housselle, członek deputacyi umiejętnéj i prezes komisyi egzaminacyjnéj dla lekarzy i aptekarzy, w Hamburgu Dr. Leisrink.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 12: Dobrzyckiego: Sławuta, zakład kumysowy i stacyja leśna (c. d.); Jaworskiego: O nowoczesném leczeniu zboczeń czynnościowych żołądka. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych; Schellera: Zastosowanie kokainy w dentystyce.

W *Medycynie* Nr. 13: Dobrzyckiego: Sławuta zakład kumysowy i stacyja leśna (dok.); Jaworskiego: O nowoczesném leczeniu zboczeń czynnościowych żołądka (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Dunina: O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzusznego; Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. PAWIŃSKI: Przyczynek do rozpoznawania tętniaków aorty brzusznéj. (Odbitka z „Gazety Lek.") Warszawa 1885, in 8vo str. 10.

Dr. OBRZUT: Prof. Spina's neue Färbungsmethode der Fäulnissmikroorganismen u. ihre Beziehung zu d. Tuberkelbacillen. (Osobne odbicie z „D. med. Woch." 1885) in 8vo str. 3.

Antwort des Gerichtsarztes Dr. Doll auf die Gegenschrift des Hrn. Prof. Albert in causa Spitzer. Wien 1885, in 8vo str. 18.

Zpráva o zdravotních poměrech a činnosti městského fysikátu v Praze za rok 1883, napsal městský fysik Dr. Pelc, V Praze 1884, in 8vo str. 119, XXXIX i 6 tabl.

Zpráva o činnosti zdravotní Rady městské v roce 1883, napsali prof. Janovský, docent Dr. M. Popper a městký fysik Dr. Pelc, v Praze 1884, in 8vo str. 83 z planem Pragi.

To samo i w osobném wydaniu po niemiecku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 8 b. m. o godz. 6éj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Prus mówić będzie o zachowaniu się tkanki mózgowéj pod wpływem ogniska śródczaszkowego, i wykład swój objaśni odpowiedniemi preparatami drobnowidowemi.

Sprostowanie. W Nr. 13 na str. 179, pierwsza szpalta, 5ty wiersz od góry, zamiast „przeszło 16cm." winno być „przeszło 10mm."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 134[D]

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 6 marca rb. l. 11622, rozpisuje się konkurs na posady dwóch asystentów lekarskich przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Asystenta lekarskiego przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci do tych posad powinni wykazać

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Dra medycyny lub wszech nauk lekarskich uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do końca miesiąca Kwietnia rb. na ręce Dyrekcyi szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Lwów dnia 13 Marca 1885.

Dyrekcyja kraj. szpitala powszechnego.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.